LA CLINIQUE

DES

HOPITAUX DES ENFANTS

PARIS. — IMPRIMERIE DE PAUL DUPONT ET COMP.,
Rue de Grenelle-Saint-Honoré, n. 55.

LA CLINIQUE

DES

HOPITAUX DES ENFANTS,

ET

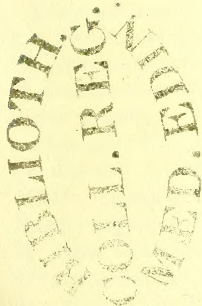
REVUE RÉTROSPECTIVE

MÉDICO-CHIRURGICALE ET HYGIÉNIQUE,

PUBLIÉE ET RÉDIGÉE

Par le docteur VANIER, du Hâvre,

Membre de la Société anatomique de Paris, de la Société médicale d'observation, etc., professeur de médecine pratique des enfants.



1re ANNÉE.

ON S'ABONNE A PARIS,

Chez le Rédacteur en chef, Éditeur,

Rue J.-J. Rousseau, n. 1.

1841

INTRODUCTION.

Principiis obsta.....

De toutes les études médicales, celle des maladies de l'enfance est aujourd'hui, peut-être, la plus progressive; mais, cultivée par un petit nombre de travailleurs, elle est généralement négligée, parce que de toutes elle est la plus difficile. Les médecins les plus expérimentés n'approchent de l'enfant malade qu'avec un sentiment de contrainte et d'appréhension. Les jeunes médecins le savent, et ils comprennent la nécessité pour eux de fréquenter les hôpitaux consacrés à l'enfance. Mais telle est, à Paris, la distance qui sépare ces hôpitaux du centre des occupations habituelles des élèves que, pour s'y rendre tous les jours pendant le temps nécessaire, il faut y être poussé par cet amour ardent de la science qui fait triompher des fatigues corporelles aussi bien que des fatigues de l'esprit. On remet d'année en année, et l'on finit par négliger entièrement la fréquentation de ces hôpitaux. Quelques jours pour la visite des Enfants-Trouvés, un mois pour celle des Enfants-Malades, voilà ce que la prévoyance obtient des plus zélés.

Grâce aux leçons cliniques de M. Guersant fils pour la chirurgie, et aux conférences pratiques de M. le docteur Guérin pour l'orthopédie, l'hôpital des Enfants est devenu depuis quelque temps le rendez-vous de nombreux adeptes; mais les salles de médecine n'en restent pas moins désertes.

C'est après avoir ainsi glissé à la surface de cette partie de la science, qui demande les études les plus profondes, l'examen pratique le plus assidu, que les jeunes médecins arrivent au milieu de leur clientèle. Appelés auprès des enfants malades, ils voient le vide immense qu'ils ont laissé dans leurs études médicales. Si, du moins, à l'habitude d'examiner les enfants malades on pouvait suppléer par la lecture d'un livre dont on pût se faire un guide méthodique pour arriver, avec le temps, à l'expérience pratique! Mais un pareil livre manque. Point d'expérience, point d'étude préparatoire, point de méthode! Rien alors que l'insuffisance la plus décourageante; rien que le regret d'avoir négligé la partie la plus difficile de nos études pratiques. Mais pourquoi ne possédons-nous pas un livre qui, parcourant toutes les périodes de l'enfance, et aplanissant par une sage méthode toutes les aspérités de

la médecine de cet âge, devienne un bon guide au milieu des difficultés qu'elle présente ? Les hommes capables ne manquent pas. Faut-il en accuser les exigences de la pratique à laquelle sont incessamment appelés MM. Guersant, Baron, Baudelocque, Jadelot, Blache, etc. ; ou bien faut-il s'en prendre à l'état actuel de la science ? Est-elle assez faite dans l'esprit de ces grands praticiens eux-mêmes pour que leur expérience, si longue et si supérieure qu'elle soit à celle des autres, suffise à la formuler rigoureusement dans un traité spécial ? Pour remédier à cet état de choses, que faut-il faire ? Un livre ? Mais ceux à qui le temps ne manque pas, l'expérience manque pour donner à un travail destiné à prendre rang parmi les ouvrages classiques ces développements définitifs, ce caractère grave, cette consistance et cette maturité de vues, cette empreinte de l'expérience enfin que l'on s'attend à rencontrer dans un traité complet.

Ce n'est pas que nous ne possédions de bons travaux sur la matière : nous citerons le *Traité* de Billard sur les *maladies des enfants nouveau-nés ;* la *Clinique des enfants nouveau-nés*, par M. le docteur Valleix ; le *Traité pratique des maladies des enfants*, par M. Richard de Nancy ; celui de M. le docteur Berton, etc. Nous savons que les auteurs de la *Pneumonie chez les enfants*, MM. Rillet et Barthez, préparent sur les maladies des enfants un travail dont nous connaissons d'avance la valeur ; nous savons où les auteurs ont puisé leurs matériaux ; nous les avons vus à l'œuvre ; l'esprit d'observation pratique et le judicieux sentiment du vrai que nous leur connaissons, nous sont une garantie des bonnes qualités qui se réuniront dans cet ouvrage. Mais, quel que soit le mérite relatif de ces livres, aucun, de ceux du moins qui se trouvent actuellement dans le domaine de la science, ne forme un ensemble complet ; aucun d'eux ne présente au praticien une méthode théorique de diagnostic dont le mécanisme imprime au diagnostic pratique et clinique le plus de précision et d'exactitude possible dans un champ d'observation si mobile. Dans le but de présenter aux médecins une pareille méthode, et de leur offrir incessamment les compléments de la science, nous avons pensé qu'il fallait tenir un livre toujours ouvert où l'on pût consigner, en les présentant dans leur ensemble, les observations de nos devanciers, celles des écrivains contemporains, et celles des observateurs qui, chaque jour, se livrent à l'étude des faits cliniques dans les hôpitaux d'enfants.

Que de feuilles médicales ont consumé leur activité dans des redites et des dissertations stériles, et qui eussent pu bien mériter de la science et des praticiens en exploitant cette mine féconde que nous allons sauver de l'oubli !

Nous devons à nos lecteurs un mot sur l'esprit qui doit présider à la

rédaction de cette revue, sur le plan et la méthode que nous nous proposons, sur nos principes.

La Clinique des hôpitaux des Enfants contiendra :

1° La clinique médico-chirurgicale des hôpitaux consacrés à l'enfance ;

2° La revue rétrospective de tout ce qui a été écrit sur la médecine et sur la clinique des enfants ;

3° La thérapeutique chez les enfants ;

4° La revue hygiénique, comprenant toutes les questions d'hygiène, de médecine préventive (prophilactique) et d'économie sociale, considérées dans leurs rapports avec l'enfance.

Notre Revue sera rédigée avec la gravité qui convient au sujet ; elle se recommande assez par l'importance et l'intérêt direct de ses matières pour qu'il lui soit permis de négliger les ornements frivoles. Simple et et sans prétention au succès de style ou de spirituelle et amusante critique, elle échappera à l'influence de cet esprit léger qui s'est répandu jusque sur la science, de cette prétention littéraire qui, dans la presse médicale elle-même, affecte souvent des formes tourmentées, imprévues, légères et futiles, dont le seul effet est de choquer l'esprit positif de la science et de contraster avec le sérieux et l'importance du sujet. Elle ne cherchera point sa prospérité dans l'intérêt toujours problématique des questions personnelles ; elle fuira cet esprit de critique dissolvante et d'opposition systématique, haineuse, qui, toujours au service de l'égoïsme, fait l'apothéose de la médiocrité qui n'agit pas, et paralyse, à force de diatribes, toute activité qui fait le bien avant qu'elle ait pu atteindre le mieux. La critique ne songe pas assez, en général, que le mieux ne s'exécute pas aussi vite qu'il se conçoit, et que l'activité chargée d'exécuter est nécessairement toujours en retard. Pour nous, l'utilité avant tout. Dans ce but, les qualités que nous rechercherons seront toujours la plus rigoureuse exactitude, la régularité la plus sévère, enfin une bonne organisation de travail dont le résultat sera d'introduire dans l'ensemble de nos études l'esprit de suite qui fonde et caractérise les bonnes institutions. Le plan que nous nous proposons, inspiré par la nature de l'entreprise et, par suite, heureusement conçu, promet à cette publication des développements de plus en plus progressifs. Elle porte ainsi en elle-même un puissant élément de force et de vie. Loin de mériter de la part du lecteur cette fâcheuse défiance si malheureusement soulevée par de nombreuses déceptions, loin de de tomber successivement dans une complète nullité, après avoir jeté d'abord, comme il arrive souvent, tout son éclat, notre Revue, en s'ouvrant tout entière, peut annoncer dès à présent au lecteur que le

moyen par lequel elle prétend s'assurer inébranlables sa confiance et son attachement, c'est cette marche progressive qui, procédant par l'exposition simple des faits, arrivera, par la généralisation philosophique de ces données, aux grands principes de la science. Lors même qu'elle entrera dans ces grandes conceptions des faits généralisés, jamais elle ne sortira de ce bon esprit de conduite qui s'impose la ligne des faits constatés par un mûr examen et de l'induction légitime et logique de ces faits. A l'inverse des autres Revues, on ne la verra point, après avoir émis tout d'abord quelques idées philosophiques sur la science, descendre bientôt aux faits individuels, et devenir de moins en moins synthétique. Elle offrira un intérêt toujours croissant, à mesure qu'elle avancera dans le champ de l'observation, soit clinique, soit historique. Les faits seront érigés en préceptes de plus en plus compréhensifs.

Certaines Revues médicales semblent avoir pour but principal les hautes questions de la science, et les hommes que la presse médicale compte dans son sein sont dignes assurément de diriger de pareils travaux. La nôtre, plus modeste, mais non moins utile, se proposant surtout les questions essentiellement pratiques, sera méthodique, élémentaire, classique avant tout : c'est pour les praticiens que nous écrivons ; c'est là ce qui constitue l'opportunité de cette œuvre. Fidèlement dirigée d'après ce principe, nous ont dit les maîtres de la science en approuvant de la façon la plus encourageante notre projet, elle réussira infailliblement, car elle rendra un grand service aux praticiens. Aussi notre dessein est-il conçu de manière à être formulé en ces termes : ***Clinique des faits qui se rencontrent le plus souvent dans la pratique, observés surtout au point de vue du diagnostic et de la thérapeutique.*** Telle sera notre règle de conduite invariable. Quant aux faits exceptionnels, nous ne les repousserons pas, nous les accepterons même avec empressement ; mais nous ne les rechercherons point dans le but d'en faire le pivot principal de l'intérêt que nous nous efforcerons d'imprimer à cette Revue. Il existe dans quelques esprits un certain désir d'émotions scientifiques qui domine toutes leurs études, toutes leurs recherches ; ils ne trouvent d'intéressants que les faits extraordinaires : ce n'est point à ces esprits romanesques de la science que nous nous adressons, c'est aux hommes d'application, qui préfèrent aux personnages plus grands que nature les figures ramenées à des proportions humaines, aux héros excessifs les héros de la vie ordinaire. Le désir du merveilleux dans la science est l'ennemi du progrès scientifique. Au lieu de ne chercher à offrir au lecteur que des exceptions, de la nouveauté, de l'imprévu, nous croirons l'intéresser davantage en nous attachant à saisir les nuances délicates qui se rencontrent si souvent dans les faits ordinaires de la médecine des enfants, et qui en rendent la pratique si difficile.

Les développements qu'ont acquis de nos jours les principales branches de la médecine ne permettent à personne de les embrasser toutes avec une égale supériorité; mais faut-il que la plus importante de toutes soit la plus oubliée? Le programme de l'école ne songe pas lui-même à en réveiller le souvenir; cependant, à voir le désir qui anime le doyen de la Faculté, M. Orfila, de signaler son passage par des améliorations, nous avons lieu de penser que, dans son plan de régularisation générale, alors que, touchant le fond de la science, il voudra porter l'organisation scientifique dans l'enseignement, il usera de son utile influence pour répondre au vœu général que dernièrement M. le docteur Donné exprimait ainsi : « S'attendrait-on à trouver une lacune pour les mala- » dies des enfants, dont le bon sens public fera toujours une classe à » part, et qui mériterait bien d'être enseignée, non pas à cause de la » spécialité des affections, mais à cause de la spécialité de l'âge, qui » leur donne une physionomie toute particulière, et qu'il faut savoir » interroger? » Ce que nous demandons, ce sont des leçons cliniques faites au lit de l'enfant malade. Les hommes ne manquent pas ici, et la science, quel que soit son état, ne fait point défaut, car il ne s'agit plus de la science entière, dogmatique, mais de la science partielle et clinique. Si MM. Guersant, Jadelot, Baron, Baudelocque, emportés par les devoirs d'une clientèle qui ne leur laisse que peu de repos, ne peuvent donner aux élèves, par la voie de l'enseignement, les leçons de leur longue expérience, il est d'autres hommes qui, déjà connus par des talents remarquables, pourront les remplacer dignement. Le lecteur a déjà nommé MM. Blache, Valleix, Vernois, Baron fils, etc. C'est parce que la chaire de clinique pour les maladies des enfants n'existe pas que nous avons créé cette Revue. Elle sera comme une tribune où pourront se faire entendre toutes les voix qui auront à proclamer quelque fait intéressant de clinique, quelque observation spéciale puisée dans la médecine des enfants.

De plus dignes eussent pu se donner la mission que nous nous imposons, mais non pas de plus courageux pour en affronter les difficultés. L'accueil bienveillant que nous avons reçu de toutes parts, les nombreuses marques de sympathie qui nous ont été données, nous sont d'un bon augure. Les noms inscrits en tête de cette Revue ne sont pas seulement pour nous un puissant patronage; ces hommes distingués ont vu dans cette entreprise une institution utile, et ils nous ont offert avec empressement de nous aider des conseils de leur expérience.

Au moment où les internes des hôpitaux dirigent vers les maladies de l'enfance cet esprit de recherches qui fait l'espoir et le progrès continu de la science, on ne s'étonnera pas que nous ayons reçu d'eux

un puissant motif d'encouragement par la bienveillance avec laquelle ils ont accueilli notre projet, et nous ont offert leur concours.

Les internes actuels des hôpitaux des Enfants, MM. Becquerel, Contour, Durand, Legendre, Tavignot, par le fait de leur collaboration si nécessaire à la rédaction de la clinique, deviennent les vrais fondateurs de la partie la plus utile de cette Revue.

Parmi les anciens internes qui nous aideront de leur collaboration, nous citerons MM. Valleix, Vernois, Fauvel, Taupin, Sellier, Baron, Grenier, Rilliet, Barthez, dont nous analyserons les thèses et les mémoires sur les maladies des enfants.

Au moment où les questions chirurgicales, anciennes et nouvelles, sont remuées et fécondées par des théories pratiques jusqu'alors inconnues, il était naturel qu'un chirurgien zélé se chargeât du service chirurgical à l'hôpital des Enfants. Les salles de chirurgie de cet hôpital, vaste champ d'observation, se trouvaient dans un état d'abandon qui les réduisait à la plus désolante stérilité. Déjà deux internes, MM. Demeaux et Malespines, par un zèle éclairé, y avaient fait renaître le mouvement et la vie, lorsque M. Guersant fils vint achever de les fertiliser par son expérience et par son activité; déjà nous avons vu ce chirurgien affronter avec habileté les difficultés que présente la chirurgie des enfants dont la mobilité complique les choses les plus simples, comme leur indocilité compromet les résultats les plus heureux. Tous les jeudis, le chirurgien de l'hôpital des Enfants, suivi d'un auditoire empressé, fait entendre, au lit des malades, des réflexions pratiques sur le diagnostic des affections chirurgicales. Grâce à son zèle pour l'instruction des personnes qui l'entourent, chacun peut constater, en touchant et en voyant, la valeur de ses observations. Dans ses leçons cliniques, on remarque une tendance exclusivement pratique, une telle empreinte de la spécialité, que l'auditeur assidu, sous l'influence de ces leçons, acquiert une certaine aptitude à saisir les diverses expressions de l'influence du jeune âge sur les maladies chirurgicales; ces leçons, nous les reproduirons dans leur ensemble complet, en extrayant ce qu'elles offriront de plus substantiel. M. Guersant a pris ainsi dans la chirurgie une position qui le place au rang des chirurgiens utiles aux progrès de la science et à l'enseignement. Hommes de pratique et de généralisation, nous aurons un jour acquis une assez riche moisson de données spéciales pour composer avec ce praticien une série de travaux complets, dont l'ensemble constituera comme un corps de doctrine, et formulera la *Chirurgie des enfants*.

Nous pouvons annoncer à nos lecteurs la collaboration de M. le docteur Caffe, ancien chef de clinique ophthalmologique, et de M. Auvity, chargé du service des salles consacrées aux maladies des yeux à l'hos-

pice des Enfants-Trouvés. Les affections oculaires, pendant l'enfance, sont aussi curieuses que multipliées; elles sont peu ou mal étudiées. M. le docteur Donné communiquera à nos lecteurs ses études sur l'alimentation chez les enfants. M. le docteur Caffe leur fera connaître les travaux spéciaux qui auront paru en Allemagne ; ses relations avec un grand nombre de praticiens allemands nous assurent la collaboration de plusieurs d'entre eux qui s'occupent spécialement des maladies de l'enfance.

Les journaux de médecine qui s'impriment à Paris négligent trop de faire appel à l'expérience et à l'esprit d'observation des praticiens de toutes les provinces. Si, par leur silence presque unanime, ces médecins paraissent adhérer à cette espèce d'ostracisme, à cet esprit d'exclusion antiscientifique, c'est que, d'un côté, ces journaux n'étant pas exclusivement destinés à s'alimenter des faits pratiques, les praticiens observateurs, qui n'écrivent pas des mémoires, des monographies, hésitent à leur offrir les faits isolés. Que de science pratique se trouve ainsi perdue! Organe de la médecine pratique des enfants, et à ce titre destinée à devenir le recueil le plus complet d'éléments propres à favoriser les progrès et le développement de cette partie de la science, la *Clinique des hôpitaux des enfants* est ouverte à tous les médecins observateurs ; elle admettra tous les faits spéciaux, soit collectifs, soit isolés.

Dans le but d'étendre et de généraliser notre champ d'observation, nous nous sommes assuré la collaboration d'un grand nombre de nos confrères des départements, et nous appelons à notre aide tous les médecins qui, par la direction de leurs études, de leur pratique, pourraient nous adresser des observations spéciales. Nos confrères des départements contribueront ainsi à cette œuvre collective qui, à Paris, a trouvé, au milieu d'une approbation générale, un grand nombre de collaborateurs. Ils voudront inscrire leurs noms sur ce mémorial institué dans l'intérêt de tous.

La forme périodique, appliquée à la reproduction de l'observation clinique, est celle qui lui convient; son action est alors immédiate. Par ses intermittences, elle excite l'attention ; elle la fixe sur des circonstances en quelque sorte présentes ; elle devient un instrument d'actualité.

Dans la succession de ses matériaux, la Clinique présentera cette incohérence qui s'attache inévitablement aux éventualités de l'observation clinique; mais à certaines époques, nous reprendrons tous les faits pour les grouper par analogie. Le lecteur assistera ainsi, en quelque sorte, à nos travaux de généralisation. Par sa condition de recueil spécial, par la constitution méthodique de ses études, par le plan d'organisation qu'elle établit dans la succession de ses éléments de travail, notre Revue fécondera, au moyen des rapprochements, les faits isolés, les observations

partielles ; elle donnera ainsi l'exemple d'une amélioration nécessaire dans la presse qui, chaque jour, absorbant des faits partiels, les laisse dans leur isolement, oubliés et perdus, sans jamais essayer de les féconder par des travaux périodiques de généralisation.

Dans la médecine des enfants, que de lacunes à combler, que de rapports vaguement exprimés à rallier, que de principes confus, épars à réunir ; combien d'interprétations incertaines à fixer, de vérités à confirmer ou à révéler ; combien d'erreurs à détruire ; combien d'opinions à vérifier qui sont affirmées plutôt que démontrées ! La partie rétrospective de cette Revue révèlera tous ces besoins de la science ; l'observation clinique, en ranimant et vivifiant la science trop oubliée des anciens, viendra compléter le grand tableau des phénomènes morbides observés dans le jeune âge. Ainsi, à côté de l'erreur, la vérité, trouvée aux sources mêmes de l'expérience. La clinique et la bibliographie, agissant de concert, prépareront ainsi l'avenir en montrant les sujets d'étude les moins avancés. Notre journal contiendra donc :

La revue rétrospective. — *Compendium* de tout ce qui a été écrit sur les maladies des enfants , elle donnera l'inventaire fidèle de cette partie de la science ; elle sera le traité le plus complet des maladies de l'enfance ; on y trouvera réunies toutes les périodes du jeune âge.

Sous le titre de ***Pathologie générale des enfants***, nous entrerons d'abord dans les ***généralités*** qui constituent une sorte d'introduction à la pathologie spéciale dont elles sont les prolégomènes ; puis, nous donnerons les ***généralisations*** qui, fondées sur l'appréciation des analogies, constitueront la synthèse de la pathologie spéciale dont elles seront le couronnement, la conclusion logique.

Nous établirons donc la somme intégrale des faits connus dans la science. Nous ne discuterons pas la valeur des traditions de l'antiquité ; ce sont là des discussions et des passe-d'armes dédaignées des hommes pratiques, qui ne voient que les faits, qui les apprécient relativement à l'époque à laquelle ils remontent, qui ne considèrent pas le présent comme la négation de ce qui l'a précédé, mais au contraire comme le développement des germes précieux que le passé nous a légués.

Les livres écrits sur les maladies des enfants sont nombreux ; nous en avons fait une riche collection. Si nous nous en tenions à cette revue rétrospective, pour mettre le lecteur au niveau de la science et lui donner connaissance de tout ce qui a été écrit depuis quelques années sur les maladies de l'enfance dans les divers journaux de médecine, notre désir et celui du lecteur aurait trop longtemps à attendre pour être satisfait. Mais, dans la discussion du diagnostic, à propos des observations que nous présenterons dans la partie clinique, toutes les

données actuelles de la science arriveront promptement au lecteur, sous la forme la plus pratique et la plus utile. Dans ces discussions du diagnostic, les répétitions des mêmes éléments seront le fait de la clinique elle-même, puisqu'il s'agit dans cette Revue de faire acquérir au lecteur, qui ne l'a pas contractée au lit des malades, l'habitude du ***diagnostic discuté***, en épuisant tous les éléments connus dans cette science spéciale. Par cette méthode, nous arriverons à la plus grande simplification de ces études vagues et compliquées qui, suivies sans méthode, laissent dans l'esprit des praticiens le doute et l'incertitude.

Dans le tableau complet des connaissances acquises, on verra survenir un changement subit au moment où MM. Jadelot et Guersant viennent jeter sur cette partie de la médecine, par leur esprit d'observation et par leurs recherches savantes, une lumière vive qui éclaire les points obscurs. On verra cette impulsion, cette marche ascendaute de la science se continuer par les recherches de leurs élèves.

Même changement, même impulsion imprimée à l'observation clinique des Enfans nouveau-nés à l'époque où M. Baron vient donner à l'hospice des Enfants-Trouvés l'exemple de la précision, de l'ordre et de la méthode dans l'examen des petits enfants malades. Nous aurons plus d'une fois occasion de rappeler des faits où nous avons pu apprécier dans ce médecin, si justement renommé, ce coup d'œil médical, cette penétration diagnostique dont nous avons été souvent témoin.

Pour les jeunes médecins, nous reprendrons, sous le titre de ***Méthode comparative***, tous les éléments de diagnostic pour les exposer en regard dans des tableaux comparatifs, différentiels, dont le mécanisme fera ressortir les analogies et les différences, et mettra en évidence, par ordre de succession, les éléments universels dabord, ensuite les éléments de moins en moins généraux; puis, enfin, les éléments individuels pathognomoniques ou caractéristiques. Cette méthode formera une échelle de gradation pour les éléments du diagnostic. Nous en ferons de nombreuses applications dans la discussion du diagnostic pratique; elle sera pour le jeune médecin un instrument régulateur, une boussole en quelque sorte infaillible qui marquera le diagnostic, et qui sera comme l'expression matérielle de ce tact médical que l'on peut acquérir par l'habitude de l'observation, et qui n'est après tout que l'appréciation instinctive des nombres et des intensités. La méthode seule peut donner la sûreté du coup d'œil au lit de l'enfant malade, l'art de suivre les divers phénomènes morbides dans leur marche et leurs complications; seule, elle donne la science, et la mise en œuvre de cette science dans l'analyse de l'état morbide; seule, elle fait le clinicien doué de sagacité, de mesure et d'expérience. En un mot, la méthode, c'est le progrès, c'est le chemin qui conduit à l'esprit de la science. Si jamais

le tact médical peut être représenté sous une forme saisissable, c'est dans la méthode analytique et comparative des analogies que cette forme se dessinera. Toutefois, cette méthode elle-même ne saurait suppléer à l'habitude de voir les enfants malades ; c'est par l'habitude que l'on acquiert cette pénétration, cette faculté inexprimable, mais réelle, qu'on appelle vaguement sagacité, et qui n'est autre que l'habitude d'appliquer la science. La routine, sans la connaissance des principes, est un bandeau jeté sur les yeux ; la routine aidée de la science, la routine éclairée, réfléchie, c'est le coup d'œil. La méthode comparative ne donnera pas cette faculté, mais elle préparera l'esprit à l'acquérir; elle hâtera l'expérience, qui n'est jamais l'œuvre du temps seulement, mais plutôt de l'habitude de réfléchir et de comparer. On sait avec quel talent M. le professeur Rostan, dans ses leçons cliniques, s'attache à faire sentir à ses élèves la nécessité du diagnostic différentiel. Pour obtenir de cette méthode tous les services qu'elle peut rendre, ce n'est pas assez de la parler, il faut l'écrire; c'est le moyen de la préciser et de l'étendre. Rigoureusement formulée, la méthode comparative des analogies, perfectible comme nos moyens d'analyse et d'investigation, remplacera pour l'étude pratique l'ordre alphabétique des dictionnaires qui dissémine la science et les classifications nosographiques, qui, sous prétexte de coordonner les maladies, les systématisent. La généralisation des analogies sera pour nous le moyen de réunir tous les travaux épars ; elle groupera, au moyen de la combinaison la plus stable, celle des analogies constatées par un mûr examen, par l'analyse la plus absolue, les produits du morcellement qui se trouvent imprimés dans des livres spéciaux, inconnus de la plupart des praticiens, dans toutes les productions médicales anciennes, modernes et récentes : et ainsi, se trouveront rapprochés, groupés, concentrés tous les faits et toutes les opinions relatives à la médecine des enfants.

Dans ce coup d'œil rétrospectif, nous donnerons en substance, en extrait, tout ce que nous avons pu recueillir à force de recherches et de notes dans des journaux qui ont passé, et que l'on peut considérer comme introuvables.

La *Clinique des enfants* sera donc rédigée dans une vue d'ensemble non systématique, mais méthodique, et d'après un plan général d'organisation qui imprimera à la science une marche unitaire, qui sera le trait d'union de la science ancienne et de la science moderne, contemporaine. Nous aurons ainsi, par la revue clinique et par la revue rétrospective, un ensemble de belles et importantes études. Le médecin trouvera donc dans cette Revue l'exposition de l'état présent de la science constaté par l'évocation du passé.

Nos analyses ne seront point de simples aperçus des travaux ; elles en

seront l'exposition assez détaillée pour que le lecteur ne possède pas seulement un titre, un sommaire, mais le travail tout entier à l'état de réduction exacte. Les pensées des auteurs seront ainsi toujours fidèlement reproduites; nous n'entrerons dans les discussions critiques que lorsque nous établirons les généralisations des faits. On aura ainsi, non pas nos opinions prématurément substituées à celles d'un autre, mais, au moyen de la démonstration, de la pondération et de la généralisation des faits, on aura la raison de l'opinion préférée.

Nos généralisations ne seront jamais des conclusions définitives; elles ne seront jamais que l'expression d'un nombre de faits plus ou moins limité. Il faut que le nombre en soit imposant pour que l'on puisse définitivement conclure. On ne prend point quelques pierres pour bâtir un édifice.

Nous insisterons sur les préceptes de ***thérapeutique chez les enfants***, sur l'*art de formuler* et de préparer les médicaments pour les jeunes malades. Nous puiserons, comme nous l'avons déjà fait, dans la pratique de MM. Guersant, Baron, Jadelot, Bouneau, Baudelocque, de nombreux matériaux pour cette partie de notre travail.

Sous le titre de ***Revue hygiénique*** nous donnerons les préceptes d'hygiène et de médecine préventive applicables aux enfants. Nous traiterons du point de vue médical toutes les questions d'économie sociale se rattachant aux intérêts physiques, moraux et intellectuels du jeune âge.

Au physique et au moral, tout dépend du commencement. La revue hygiénique et morale des enfants se présente avec toute l'importance qui s'attache à ce grand principe. Il n'est pas de question qui ne réveille des idées d'avenir du moment qu'elle touche à l'enfance. Faites une bonne génération naissante par la force morale et par la force physique, et vous aurez, sous ce double rapport, une génération d'hommes forte et puissante. Le point de départ naturel de toute réforme est là; c'est dans l'enfance que se trouve à sa période d'incubation la génération des hommes à venir. Les législateurs ont toujours compris l'importance de la santé publique et privée pour la socialisation des peuples. Mais, peut-être, n'ont-ils jamais assez songé à appliquer, surtout à l'enfance, dans la pratique, leurs moyens d'améliorations sociales. Les réformateurs de nos jours ne voient pas assez le mal à son début. On attend, pour remédier à ses effets, qu'il soit parvenu à ses extrêmes limites. On s'occupe de l'amélioration de l'homme quand il a grandi au milieu de toutes les contagions; on l'oublie à son berceau.

C'était dans la presse médicale que l'enfance devait trouver l'interprète de ses besoins, l'organe de ses intérêts.

La médecine a toujours pris l'initiative dans la marche ascensionnelle

des améliorations. L'initiative lui appartient ; qu'elle la ressaisisse au moment où elle semble lui échapper. C'est un devoir pour nous de lui faire reprendre sa belle position dans l'économie sociale, quand elle est menacée de succomber sous l'effort du charlatanisme qui se cache dans son sein. Puisque son génie la rappelle au milieu des grands mouvements provocateurs des améliorations, quel sujet est plus digne de nos méditations que l'amélioration physique et morale de l'enfance?

Plus notre belle science est utile, plus elle doit étendre ses bienfaits. En créant cette Revue, nous avons voulu établir une mesure générale; elle contiendra sur l'hygiène et sur la médecine préventive des instructions qui, avec le temps, pénètreront dans les familles. Les mères doivent prendre part à l'éducation physique aussi bien qu'à l'éducation morale de leurs enfants. Nous abstenir de propager l'instruction hygiénique nécessaire aux mères de famille, ce serait manquer à l'accomplissement d'un devoir; ce sont elles qui, par leur influence continuelle sur les enfants, sont chargées de préparer notre avenir. L'histoire de la plupart des hommes illustres indique la trace de l'impression maternelle. Que l'influence des mères ne soit donc pas livrée aux hasards de leur seul instinct, de leurs préjugés. Par une instruction facile, substituons une prudence éclairée aux hésitations ou aux témérités de l'ignorance. Les mères, dans le sentiment de leur sollicitude et de leurs angoisses, nous comprendront.

Notre pensée s'est déjà plusieurs fois essayée; mais ce n'est point assez de vouloir populariser notre science, il faut le vouloir dans la mesure du possible ; il faut la rendre saisissable à tous au moyen d'une méthode dont le mécanisme affranchisse de tout travail les esprits étrangers aux études médicales; c'était là le secret qu'il s'agissait de découvrir ; nous le trouvons dans la méthode comparative, qui mettra la mère de famille en état de donner à ses enfants malades, en attendant les conseils du médecin, des soins raisonnés et capables de prévenir, dans certains cas, les maladies qui, chez les enfants, se déclarent et marchent avec une foudroyante rapidité. L'instruction médicale de la famille établira entre elle et le médecin les rapports d'intelligence si nécessaires au succès du traitement.

Il faut à toutes les personnes qui ont charge d'enfants une instruction qui les tienne toujours en éveil sur les causes des maladies et sur les signes qui peuvent en faire préventivement soupçonner l'existence. Cette instruction de la famille est donc nécessaire ; ce besoin général se manifeste par la tendance universelle qui pousse les personnes les plus étrangères à la médecine à s'occuper plus ou moins de cette science; il n'est pas de connaissance humaine qui attire plus fortement les esprits, qui fixe plus invinciblement l'attention. Chacun veut s'en occuper, on

veut parler, on veut juger et agir, comme si l'on possédait les connaissances nécessaires. Cette tendance, il faut l'accepter, sinon comme un fait légitime, du moins comme un mal nécessaire qui peut devenir un bien réel. Ces prétentions de l'ignorance, nous pouvons, en les prenant pour des instincts naturels, les convertir en soins éclairés. N'est-ce pas par les élans passionnels de l'homme qu'on le tourne vers le bien? Pourquoi n'en serait-il pas de même de cet empressement pour toutes les questions qui touchent à la conservation ou à la réparation de la santé? Chercher à étouffer cet instinct général qui n'est autre chose que l'instinct de la conservation, au lieu d'essayer, en dirigeant cet entraînement, à en tirer tout le parti qu'il peut produire, au lieu de le considérer comme un élément de progrès que l'on peut rendre utile, en l'éclairant; vouloir comprimer cet essor, en quelque sorte naturel, c'est lui donner plus de force sans le rendre moins aveugle; il n'engendre alors que désordre. Notre but n'est pas de satisfaire cette curiosité empressée, ce désir inquiet d'être initié à ce qu'il y a de merveilleux pour les gens du monde au fond des questions de médecine, mais de répondre à une question d'intérêt général. Ce n'est point ici le cas d'une demi-science, mieux vaudrait une ignorance absolue. L'instruction médicale de la famille sera complète dans ses limites, et elle produira beaucoup de bien.

L'hygiène, qui veille à la santé des enfants pour la maintenir, est une science supérieure à celle de la thérapeutique, qui tend à la réparer. Tout procédé de réparation est d'ordre inférieur, et le rôle de la médecine qui s'efforce de guérir est inférieur à celui de la prévoyance médicale qui prévient la maladie ou qui en arrête les progrès.

On a récemment conçu le projet de détruire le crétinisme dans les pays où il se généralise avec une progression effrayante. Pourquoi n'essaierions-nous pas de détruire l'affection scrofuleuse et le rachitisme en propageant, par une vaste publicité, les idées émises par MM. Baudelocque, Lugol, J. Guérin, sur les causes de ces affections et sur les moyens de les guérir? Par des mesures hygiéniques, la médecine a fait disparaître jusqu'aux traces du scorbut : c'est par l'infiltration de l'instruction hygiénique à travers toutes les couches de la société que l'on préviendra le développement de ces lamentables fléaux; c'est par la propagation des préceptes de la science préparant le succès des mesures hygiéniques générales, dont l'efficacité n'est jamais plus sûre que quand l'instruction les a précédés. Puisse-t-il ne rester un jour que le souvenir de ces constitutions dégradées!

Nous n'aurons pas à vaincre de plus indomptables obstacles que ceux qui ont été si énergiquement exprimés par M. Casimir Delavigne, dans son poëme sur la Vaccine :

En vain dans ses fureurs une ignorance altière,
Un bandeau sur les yeux, insulte à la lumière;
Le fanatisme, en vain contre lui déclaré,
Environne l'erreur de son rempart sacré;
Où règne la raison l'erreur est sans défense;
L'Angleterre examine, approuve et récompense.
. . . .
Mais volons sur ses pas aux rives de la France.
Le bruit de ses bienfaits vainement le devance;
La folle confiance, aux regards effarés,
Adopte les récits par l'effroi consacrés.
Des crimes de Jenner quelle absurde chronique!
L'un croit trouver la mort dans ce philtre magique,
L'autre croit voir sa fille, errant aux pieds des monts,
Fouler, nouvelle Io, le thym et les gazons (1).
Et chacun, s'obstinant dans l'erreur qui l'obsède,
Veut expirer du mal par la peur du remède.

Une semblable opposition dût-elle se rencontrer, quand il s'agit de détruire la scrofule et le rachitisme, il faudrait l'affronter. Ces deux affections ne causent pas moins de ravages que la variole. Faisons donc pénétrer profondément dans la société le préservatif de ces maladies; inoculons aux peuples, aujourd'hui moins fanatiques, mais plus indifférents, l'instruction appelée à en préserver les générations futures.

Il est des enseignements qui ne font impression qu'autant que leur action est perpétuelle; telles seront nos leçons populaires d'hygiène. Présentés en faisceau dans un livre, ces préceptes eussent pris une forme trop dogmatique; dans cette Revue, nous les ferons accepter périodiquement, à petites doses et sans secousses, au moyen d'une diction plus abondante, moins sentencieuse, plus familière et plus naïve.

De tous côtés s'établissent des institutions sages pour la rénovation et le perfectionnement de la société. L'industrie et l'instruction secouent les abus de l'ignorance, et provoquent des améliorations. L'hygiène, cette science éminemment sociale, doit venir en aide aux autres sciences, dans le but d'une organisation régulière et intégrale de l'humanité. Il est peu de questions d'économie sociale qui, pour être convenablement traitées, ne demandent à l'être sous un point de vue physiologique et hygiénique. C'est ce que les législateurs oublient pour le malheur de la société, car alors la réalisation du bien qu'ils se proposent est inévitablement compromise. La médecine n'est pas seulement l'art d'obser-

(1) Quelques habitants de la campagne, même dans les environs de Paris, ont poussé la folie jusqu'à croire que le vaccin pourrait leur faire prendre la forme de l'animal qui le fournit.

ver les malades et les morts; elle doit intervenir dans les questions d'amélioration qui s'agitent en faveur de ceux qui, pour n'être pas couchés dans un lit d'hôpital, n'en souffrent pas moins. soit de misères physiques, soit de misères morales. Il serait dans l'ordre que ceux qui connaissent le mieux tout ce qui intéresse l'enfance fussent chargés de défendre les intérêts de cette portion la plus nombreuse et la plus faible du genre humain. Dans cette Revue, nous ne cesserons, par nos efforts, de hâter l'avénement du jour où les lumières de notre science seront appelées à concourir à la perfection des lois industrielles et sociales. Les médecins sont les hommes qui savent le mieux se renfermer dans la vie pratique, dans l'exécution du possible ; et l'on devrait avoir plus souvent recours à leur intervention dans les discussions d'économie, où elle est manifestement indispensable.

Nous porterons dans toutes les questions d'ordre moral et hygiénique cet esprit d'observation médicale qui discute froidement la vérité des faits, et ne cherche le mal que pour y appliquer le remède. Aussi bien serons-nous secondés par la tendance universelle. Les améliorations successives obtenues déjà en font pressentir de nouvelles.

Il est une étude sur laquelle nous appellerons l'attention des pères de famille, c'est celle des vocations et des aptitudes professionnelles. C'est là un grand sujet d'observation dont les résultats formeront, par leur ensemble, une science nouvelle.

Nous ferons connaître toutes les institutions qu'il serait utile de multiplier pour l'amélioration du sort des enfants, pour la destruction des abus dont le jeune âge est victime.

L'organisation morale, physique et intellectuelle des enfants demande, dans les classes élevées de la société aussi bien que dans les classes inférieures, de pressantes réformes.

Nous appellerons à notre secours tous les hommes qui sont animés du désir de contribuer, par la manifestation de leurs observations, au bien-être de l'enfance. C'est là que se trouve le germe de toute amélioration générale. Ce principe, nous ne sommes pas les premiers à le proclamer, mais, les premiers, nous saisissons le seul moyen qui puisse en amener l'application. Nous ferons appel à tous les pères de famille, à tous les chefs d'atelier, à tous les hommes spécialement chargés de diriger les enfants, de les surveiller, de les élever, de les instruire ; nous ferons appel aux ecclésiastiques, ces amis providentiels de l'enfance, témoins de tant d'abus, de tant de misères, de tant de désordres. Combien de prêtres déjà dont les noms sont inscrits glorieux au nombre des bienfaiteurs de l'humanité ! Le sentiment religieux élève l'homme jusqu'à Dieu, et l'homme inspiré, comme saint

Vincent de Paul, redescend vers la terre, où il transforme en institutions pratiques les idées qu'il a puisées en Dieu.

Notre voix sera entendue de tous les amis de l'enfance, et cette feuille, si modeste à son origine, grandira en proportion des services qu'elle aura rendus à la médecine pratique des Enfants et à notre généreuse profession, qui, par cet organe, contribuera au perfectionnement des qualités physiques et morales des générations naissantes. Tous les hommes de bien accompagneront de leurs vœux nos efforts, et nous prêteront leur appui.

Le docteur VANIER.



LA CLINIQUE DES HOPITAUX DES ENFANTS.

CLINIQUE MÉDICALE.

Observation de laryngo-trachéotomie pour un cas de croup, par M. ALFRED CONTOUR, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, membre de la société Anatomique.

La trachéotomie, comme moyen de traitement du croup, a gagné sa place dans la science par de trop nombreux succès, pour craindre la publication des revers; peut-être même gagnerait-elle à cette publication, car on verrait alors que trop souvent son insuffisance n'est due qu'à ce qu'on y a recours trop tard, alors que les altérations pathologiques ont fait des progrès trop grands. Citons donc un exemple.

Le 18 février 1841 est entré à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Saint-Jean, n. 6, dans le service de M. Bouneau, le nommé Charbonnelle, Jean Marie, âgé de sept ans, enfant trouvé.

Ce jeune garçon, d'une constitution assez forte, fut visité par nous, le soir même de son entrée à l'hôpital; il se plaignait seulement d'un peu de mal de tête, de quelques coliques très légères, et d'un dévoiement qui durait déjà depuis quelques jours, il n'avait pas de fièvre, la respiration était pure et facile : cet enfant me parut peu malade. Le 19, à la visite du matin, Charbonnelle se plaint d'un mal de gorge assez vif, il ne peut respirer que par la bouche, le nez étant obstrué par des mucosités épaisses. En examinant l'arrière-bouche, on reconnaît de la rougeur et du gonflement de l'isthme du gosier; une fausse membrane existe sur le côté droit du voile du palais, une autre se voit encore sur

l'amygdale du même côté. Pas de gonflement des ganglions sous-maxillaires; l'enfant répond aux questions qu'on lui adresse, mais la voix est légèrement modifiée. La toux est rauque et sourde, et a déjà quelque chose du caractère de la toux croupale. La respiration ne paraît nullement gênée; la percussion de la poitrine donne partout un son clair, et l'auscultation fait entendre l'expansion vésiculaire dans tout son état de pureté.

(Prescription: Tartre stibié, 0,05, dans une petite quantité d'eau tiède; insufflations alumineuses; cataplasmes chauds aux pieds.)

Visite du 20. Le tartre stibié administré hier matin a fait vomir plusieurs fois le petit malade, et dans les matières vomies on retrouve une fausse membrane de sept ou huit lignes de longueur sur quatre ou cinq lignes de largeur, épaisse, dure, et paraissant être celle qu'on voyait hier sur la partie droite du voile du palais; on trouve encore d'autres fragments de fausse membrane, les uns blancs, les autres grisâtres. Après avoir rendu ces productions pseudo-membraneuses, l'enfant s'est trouvé soulagé; il lui a été fait deux insufflations d'alun, et le reste de la journée s'est assez bien passée; mais la nuit a été mauvaise, il est survenu du délire.

Ce matin, en approchant du petit malade, on est frappé tout d'abord du changement très notable qui s'est opéré depuis hier; la figure présente un aspect tout particulier, elle est abattue, pâle, avec un fond violacé au niveau des pommettes; les yeux sont mornes, et la paupière supérieure a une tendance continuelle à recouvrir le globe oculaire. La pupille, sans être ni dilatée, ni rétrécie, a conservé sa contractilité. La respiration est très gênée, bruyante, sans cependant faire entendre le sifflement laryngo-trachéal si fréquent dans le croup; à chaque inspiration, les ailes du nez sont fortement dilatées et les épaules soulevées. La lèvre inférieure s'abaisse à chaque mouvement inspirateur, et les commissures labiales sont légèrement tirées en dehors. On compte 32 inspirations par minute. Le malade, dont les facultés intellectuelles sont pour le moment intactes, a conservé assez de

force pour se mettre facilement sur son séant, et quand on regarde la gorge, on voit que la fausse membrane qui existait hier sur la partie latérale droite du voile du palais, n'existe plus aujourd'hui, et que la place qu'elle occupait est légèrement saignante. Le reste du voile du palais et la luette sont recouverts d'une fausse membrane blanchâtre, de récente formation, et qui paraît être très mince. Quand on porte une cuiller dans le fond de la gorge pour examiner l'isthme du gosier, on rapporte des mucosités blanchâtres, épaisses et mêlées de quelques stries sanguinolentes.

L'auscultation du larynx fait entendre un bruit particulier très fort qui semble être produit, soit par des mucosités épaisses et mobiles, soit par une fausse membrane flottante et agitée par l'air lors de son entrée et de sa sortie des voies aériennes.

La respiration dans la poitrine n'a plus le moelleux de l'expansion vésiculaire; elle est rude, se faisant mal, et on entend des deux côtés le retentissement du bruit qui se passe dans le larynx. La voix est éteinte, et le malade ne répond que par signes, ou tout à fait à voix basse. La toux est rauque, sourde, laryngée, d'un caractère particulier, croupale en un mot; et si l'on peut la comparer à quelque chose, nous la rapprocherons volontiers, non pas de l'aboiement du chien, mais de la toux d'un chien qui a avalé de travers. A chaque secousse de toux, la respiration est sifflante. Du côté des voies digestives, nous noterons le dévoiement augmenté un peu sous l'influence du tartre stibié. La peau a conservé sa chaleur naturelle; le pouls, faible et dépressible, bat 160 fois par minute.

(Prescription: Sirop d'ipécacuanha, 30 grammes par cuillerées à café de 10 en 10 minutes; deux petits vésicatoires sur le trajet des carotides; insufflations d'alun en poudre; cataplasmes chauds aux pieds, tisane de mauve édulcorée.)

Quelque temps après la visite, le délire survint, et la respiration s'embarrassa de plus en plus; vers midi, quand je revins voir notre petit malade, je le trouvai sans connaissance; la face, cou-

verte de sueur, avait une teinte bleuâtre plus prononcée que le matin; les lèvres étaient violettes, la respiration excessivement laborieuse; le râle trachéal se faisait entendre à distance, l'asphyxie menaçait, et l'enfant paraissait sur le point de succomber; le pouls, plus fréquent qu'à la visite, battait 172 fois par minute; il avait cependant conservé un reste de force.

Après avoir consulté mes collègues, qui jugèrent l'opération urgente, je pratiquai la trachéotomie. Disons en peu de mots comment fut faite l'opération.

Par une incision verticale pratiquée sur la ligne médiane, je divisai d'un seul coup, dans une étendue de 15 à 18 lignes, à partir du cartilage thyroïde, la peau et l'aponévrose cervicale superficielle; je trouvai alors les muscles sterno-hyoïdiens séparés l'un de l'autre par une ligne celluleuse très étroite; le bistouri fut conduit suivant la direction de cette ligne. Les deux muscles sterno-hyoïdiens ayant été légèrement écartés, j'aperçus les muscles sterno-thyroïdiens séparés par un intervalle celluleux, plus grand que celui des précédents; j'incisai ce tissu cellulaire, et je tombai enfin sur l'isthme du corps thyroïde. Jusque-là je n'avais rencontré que de très petites veines, et le sang qu'elles donnaient avait été épongé avec soin; mais derrière les muscles sterno-thyroïdiens, je vis 4 ou 5 veines assez volumineuses qui, remontant au-devant de la trachée, venaient se rendre au bord inférieur de l'isthme du corps thyroïde. Il m'eût été impossible d'éviter la section de ces veines en coupant l'isthme du corps thyroïde dans toute sa hauteur, et j'eus peur d'une hémorragie. Je résolus donc de n'inciser que la moitié supérieure de l'isthme, là où je ne voyais aucune veine qui pût m'inquiéter. Je pratiquai ensuite une ponction à la trachée; le sifflement que fit entendre l'air en sortant m'indiqua que j'avais pénétré dans l'intérieur du tube aérien; je saisis alors le bistouri boutonné et je débridai en bas en coupant les cerceaux cartilagineux de la trachée; mais comme l'ouverture n'eût pas été assez grande, je débridai également en

haut, en coupant le cartilage cricoïde : je fis donc ainsi une laryngo-trachéotomie. Les bords de la plaie faite à la trachée furent immédiatement écartés à l'aide du dilatateur, et la canule put ainsi être facilement introduite; il sortit de suite des mucosités sanguinolentes, mais aucun fragment de fausse membrane. Je fis deux fois de suite, mais très rapidement, l'écouvillonnement de la trachée, en me servant d'une petite éponge imbibée d'eau seulement; après quoi la canule fut définitivement fixée, par deux lacs qui venaient se rejoindre et se nouer derrière le cou.

L'opération dura à peine quelque minutes, et cependant, vers la fin, le malade fut pris d'une syncope qui dura environ dix minutes. Une demi-heure après l'opération, le pouls était à 156, et la respiration à 32. Nous essayâmes, dans l'intention de relever les forces du malade, de lui faire prendre un peu d'eau sucrée vineuse; mais la déglutition ne se faisait pas encore, et le liquide tomba dans les voies aériennes. Des sinapismes furent appliqués d'abord aux mollets, ensuite aux cuisses, et une heure plus tard, l'enfant avait pu boire quelques cuillerées d'eau vineuse sucrée. Il manifestait, par la contraction des muscles de la face et par l'agitation des membres, la perception de la douleur produite par les sinapismes. Entièrement revenu à lui, le petit malade semblait avoir retrouvé des forces; il put se placer sur le côté droit, soutenir sa tête avec sa main, nous regarder, tirer la langue et répondre par des signes de tête à quelques questions que nous lui adressâmes; la fâce, toujours pâle, était cependant moins violette; les lèvres, injectées, étaient plus roses; le pouls, moins fréquent, marquait 144 pulsations; la respiration, régulière, se faisait assez bien; en un mot, l'enfant était beaucoup mieux qu'avant l'opération, et nous pûmes un instant croire que nous serions assez heureux pour le sauver.

Mais ce mieux ne fut que de courte durée : le délire se montra de nouveau, et l'enfant fit plusieurs tentatives pour sortir de son lit; la respiration s'embarrassa, et les symptômes de l'asphyxie

reparurent. A 5 heures, le pouls, excessivement faible aux artères radiales, où il est impossible de le compter, bat 160 aux carotides primitives; la respiration est très courte, saccadée, comme convulsive, sans être très fréquente (32 inspirations par minute). Le facies est très abattu; les yeux, tournés en haut, ne laissent entrevoir que la partie inférieure de la cornée; il existe un peu d'écume à la bouche, et de temps en temps on entend un grincement de dents.

Cet état dura encore deux heures, et après quelques minutes de convulsions, l'enfant mourut 7 heures après l'opération.

Autopsie 36 heures après la mort. Température assez froide, un peu humide.

Habitude extérieure. — Cadavre bien conformé, peu de raideur.

Crâne. — Les méninges sont fortement injectées, les veines notablement distendues par du sang noir. L'adhérence des membranes au cerveau n'est pas anormale; la substance cérébrale, d'une bonne consistance, est le siége d'un piqueté assez marqué; pas de sérosité dans les ventricules.

Voies respiratoires. — L'arrière-bouche est tapissée d'une fausse membrane qui se voit également sur toute la face antérieure du voile du palais, sur la luette et sur les amygdales. Mais elle n'a pas partout les mêmes caractères : ainsi, sur le voile du palais, elle est d'un blanc jaunâtre, épaisse, élastique et résistante, et se laisse facilement séparer, dans sa totalité, de la membrane muqueuse, à laquelle elle tient par de petits filaments. Sur la luette, au contraire, ainsi que sur les amygdales, elle est d'une couleur grise, d'une consistance et d'une épaisseur beaucoup moindres, et se brise quand on cherche à l'enlever, elle est moins membraneuse, si je puis ainsi dire; la muqueuse sous-jacente est légèrement injectée. A la face postérieure du voile du palais, cette production pseudo-membraneuse se rencontre encore avec les mêmes différences que celles que nous avons déjà observées en avant; la pseudo-membrane du corps du

voile du palais est plus dense et plus résistante que celle des amygdales et de la luette, où elle est assez molle et ressemblant à une espèce de détritus d'un gris sale. Cette production, de nouvelle formation, recouvre encore toute la face interne du pharynx jusqu'au niveau du cartilage thyroïde du larynx, tantôt sous la forme de fausses membranes bien formées, de grandeur et d'épaisseur variables, tantôt sous la forme de cette espèce de détritus grisâtre qui s'enlève facilement avec le doigt, tandis que les parties vraiment membraneuses adhèrent plus intimement à la membrane muqueuse sous-jacente, qui partout est injectée, et présente une coloration d'un rouge vif.

La fausse membrane de la partie postérieure du voile du palais remonte dans la fosse nasale droite, dont elle tapisse la face interne formée par l'un des côtés de la cloison ; mais elle présente ceci de particulier, qu'étant épaisse en bas, elle va sensiblement en diminuant d'épaisseur au fur et à mesure qu'on se rapproche de la partie supérieure, où elle est d'une ténuité très grande.

L'épiglotte sur sa face antérieure et postérieure, le larynx dans toute l'étendue de la face interne, sont tapissés de fausses membranes moins consistantes et moins épaisses que celles du voile du palais, mais intimement adhérentes à la membrane muqueuse; de plus, il existe encore une espèce de détritus qu'un simple filet d'eau fait disparaître. Les cordes vocales sont entièrement recouvertes; et en regardant le larynx ouvert par sa partie postérieure, on n'aperçoit nullement ni les ventricules, ni le relief normal des ligaments thyro-arythénoïdiens.

La trachée-artère, dans toute sa longueur, à partir du premier cerceau cartilagineux jusqu'à la bifurcation, est rouge et fortement injectée, et c'est à peine si on trouve çà et là quelques traces pseudo-membraneuses. Mais, à côté du fait, plaçons de suite l'explication: Pendant la vie, après l'opération de la trachéotomie, nous avons eu recours à plusieurs reprises à l'écouvillonnement de la trachée; ne doit-on pas croire alors que ce sont ces manœuvres qui ont détruit la pseudo-membrane? Et la preuve,

c'est qu'au niveau de la bifurcation de la trachée on la retrouve, et on la peut suivre dans les bronches du côté gauche jusqu'aux quatrièmes ramifications : il n'en existe aucune trace dans les bronches qui vont se rendre au poumon droit ; celles-ci présentent seulement une rougeur et une injection très marquées sans la moindre tuméfaction d'ailleurs. La fausse membrane des bronches gauches, d'un blanc mat et d'une ténuité très grande, est peu adhérente à la muqueuse sous-jacente; à mesure qu'on avance dans les ramifications bronchiques, elle est moins bien formée, et finit par n'être plus que la réunion d'un grand nombre de petits points blanchâtres, rapprochés les uns des autres et déposés dans une trame légère et transparente.

Les deux poumons présentent des traces nombreuses d'inflammation. Le gauche, plus malade que celui du côté droit, est hépatisé dans toute la moitié inférieure du lobe supérieur. Dans le lobe inférieur, au milieu de grandes surfaces engouées, on trouve des points d'hépatisation. Le poumon droit, engoué à sa partie postérieure, offre dans ses trois lobes bon nombre de points circonscrits de pneumonie lobulaire qui se traduit par de l'hépatisation rouge. Du reste, nulle trace de tubercules pulmonaires. Les ganglions bronchiques et la plèvre sont à l'état sain.

Le cœur a son volume ordinaire; ses parois sont d'une bonne consistance. On trouve dans le ventricule droit un caillot décoloré assez volumineux et se prolongeant dans l'artère pulmonaire.

Le péricarde ne contient pas de sérosité. L'estomac n'offre rien qui ne soit dans le type normal.

Intestin grêle. On voit dans toute la longueur de cet intestin les follicules isolés se présenter sous l'aspect de petits corps globulaires d'un blanc mat, sans être d'ailleurs ni ramollis ni ulcérés. Les plaques de Peyer sont notablement développées et offrent un aspect particulier; ainsi, toutes ou presque toutes sont violacées, et la membrane muqueuse qui les recouvre, sans être du reste altérée ni dans son épaisseur ni dans sa consistance,

présente, tantôt des élevures mamelonnées, les unes à base large, les autres pédiculées et ressemblant assez à de petits polypes muqueux; tantôt des plis plus ou moins réguliers qu'on peut assez bien comparer aux valvules conniventes, avec lesquelles ils ont encore pour point de ressemblance, de pouvoir être abaissés par le doigt promené de haut en bas, et relevés quand on fait suivre au doigt une marche contraire.

Le foie, la rate. les reins, la vessie ne nous ont rien offert qui soit digne de remarque.

En lisant cette observation, on ne tarde pas à se convaincre que le croup est loin de suivre toujours fidèlement cette marche qu'on trouve si régulièrement tracée dans les livres.

Ainsi la toux rauque et sourde n'est jamais revenue une seule fois par quintes; elle avait lieu de temps en temps, et se présentait sous forme d'une ou deux secousses suivies d'une inspiration sifflante.

Le sifflement laryngo-trachéal qui se fait ordinairement entendre, à distance, à chaque inspiration, comme nous en avons observé un très bel exemple, il y a deux mois, chez un jeune enfant de 7 ans qui vint succomber à l'hôpital à la terrible maladie qui nous occupe, ce sifflement laryngo-trachéal n'a pas existé un seul instant dans le cas dont nous rapportons ici l'observation.

La respiration, qui graduellement est devenue de plus en plus gênée, n'a jamais présenté un seul de ces accès dans lesquels l'oppression est si grande que l'enfant s'élance à son séant, renverse sa tête en arrière, et fait pour respirer des efforts tels qu'il paraît sur le point de suffoquer.

Le délire et les convulsions, deux symptômes qui se rencontrent si rarement, que M. Guersant a pu dire dans son excellent article du *Dictionnaire de médecine*, que jamais ils ne se voyaient même chez les enfans, ont cependant été observés chez notre petit malade.

Cette observation est encore un fort bel exemple de ces

croups dans lesquels il est impossible de reconnaître les trois périodes décrites par les auteurs, et dont la marche est tellement rapide, que les médications n'ont pas le temps d'agir. Nous voyons, en effet, la maladie commencer dans la nuit du 18 au 19 février, et le 20 à midi, c'est-à-dire 32 heures environ après son début, mettre le médecin dans la triste nécessité de s'adresser aux moyens chirurgicaux.

Peut-être, dans ces cas où la marche est aussi prompte, devrait-on ne pas perdre un temps précieux à essayer des moyens qui presque toujours, pour ne pas dire toujours, restent impuissants, mais bien avoir recours de suite à l'opération avant que l'affection pseudo-membraneuse ait envahi la trachée et les bronches; et l'observation que nous rapportons vient tout à fait à l'appui de notre opinion. Nous voyons, en effet, que l'opération, bien que pratiquée peu d'heures après le début de la maladie, a cependant été faite trop tard; car, comme l'autopsie l'a malheureusement démontré, déjà les fausses membranes s'étendaient dans les premières ramifications des bronches gauches, le tissu pulmonaire était déjà malade; circonstances qui ont singulièrement diminué les chances de succès.

Enfin pour terminer, disons que, peut-être à tort, on ne pratique pas assez la laryngo-trachéotomie, quand on veut dans le cas de croup ouvrir le tube aérien. Cette opération nous paraît d'une exécution plus facile que la trachéotomie ; elle nous paraît aussi éloigner les chances d'hémorragie, puisqu'on respecte le bord inférieur de l'isthme du corps thyroïde où viennent se rendre bon nombre de veines toujours distendues à cause de la gêne de la respiration. Il est vrai de dire toutefois que cet accident est trop généralement redouté, et que M. le professeur Trousseau, qui a pratiqué 109 fois la trachéotomie, n'a jamais eu une seule fois l'occasion de faire la ligature d'un vaisseau, ligature qui ne doit pas être sans danger quand on l'applique sur des veines.

Pour un chirurgien habile et exercé, peu importe les diffi-

cultés d'une opération, il saura toujours les surmonter; mais comme la bronchotomie, dans le cas de croup, est une opération d'urgence que tout médecin, même ne s'occupant pas de chirurgie, doit savoir faire, c'est pour cela que nous avons rappelé la laryngo-trachéotomie, qui, nous le répétons, nous paraît plus facile que la trachéotomie.

MALADIE DE BRIGHT, SUITE DE SCARLATINE; ANASARQUE; URINES ALBUMINEUSES; ŒDÈME DES POUMONS. — MORT.

Observation recueillie par M. LEGENDRE, *interne à l'hôpital des Enfants-Malades, membre de la société anatomique et de la société médicale d'observation, lauréat de l'École pratique* (médaille d'or).

Au nº 12 de la salle Sainte-Anne est entrée, le 16 février 1841, la nommée Bonnet, âgée de 4 ans, née de parents bien portants; elle a été vaccinée, et jouissait habituellement d'une très bonne santé, lorsqu'il y a un mois, à la suite de plusieurs vomissements accompagnés de fièvre, elle fut prise, le même jour, d'une rougeur assez intense de la partie antérieure de la poitrine et du dos; on considéra cette indisposition comme le résultat d'une indigestion, et au bout de peu de jours, la petite fille sortit comme de coutume. Huit jours après, il se manifesta de l'enflure; elle commença par la main droite, s'étendit à la gauche, aux membres inférieurs, puis à la face. La mère nous dit que sa petite fille a de la fièvre toutes les nuits, que ses urines sont noirâtres, qu'elle a un peu de dévoiement.

État actuel, 16 février. — Petite fille blonde, très intelligente, paraissant d'une constitution robuste; sa figure n'est pas œdématiée; les paupières ne sont nullement boursouflées; les joues sont rosées; les membres supérieurs et inférieurs sont tuméfiés, tendus, élastiques, peu décolorés, ne conservant pas l'impression du doigt; le ventre n'est pas tendu, ne paraît pas contenir de liquide; le murmure respiratoire est parfaitement pur dans toute la poitrine; la percussion n'indique rien d'anormal; pouls à 80, régulier, peu plein; chaleur de la peau modérée; appétit conservé; soif ordinaire. Cette petite est très gaie, et à la voir assise sur son lit, on la dirait bien portante.

17 *février.* — Elle est sans fièvre, et se trouve dans l'état que nous avons décrit hier ; on a recueilli de l'urine, elle est d'un jaune foncé ; elle est un peu trouble, et ressemble assez exactement à de la bière ordinaire ; l'acide nitrique et la chaleur y font naître un précipité blanchâtre, floconneux, qui se rassemble bientôt au fond du tube à expérience. (Chiendent, sirop de gomme, lait et potages.)

Cette petite reste levée depuis le matin jusqu'à trois heures de l'après-midi. Pendant tout ce temps, elle est très gaie, prend du mouvement ; une fois couchée, elle ne tarde pas à être abattue et un peu assoupie ; elle pleure quand on l'examine ; la peau est chaude ; le pouls est plein, accéléré (100 pulsations). Dans la soirée, on lui donne un peu de bouillon qu'elle vomit pendant la nuit.

18 *février.* — L'état d'hier soir n'a pas de suite ; ce matin, cette petite fille est bien portante ; elle est sans fièvre ; elle a recouvré sa gaieté, son appétit ; les urines offrent les mêmes caractères et les mêmes réactions. (Tilleul, bain de vapeurs de 10 minutes de durée, soupes.)

19 *février.* — Elle prend un second bain de vapeurs, à la suite duquel elle transpire abondamment pendant 2 heures ; le soir, l'enflure a un peu diminué ; les membres sont moins durs, moins tendus ; elle est gaie, sans fièvre, a bon appétit.

20 *février.* — Même état, moins d'albumine dans l'urine. (Tilleul, bain de vapeurs, soupes.)

23 *février.* — Cette petite est gaie, toujours un peu d'œdème, appétit, soif modérée, pas de dévoiement ; les urines sont toujours d'un jaune brunâtre, peu transparentes ; l'acide nitrique et la chaleur en séparent moins d'albumine que les jours précédents. (Même prescription.)

24 *février.* — Pendant la dernière nuit, elle a été agitée ; ce matin, la face est un peu boursouflée ; les membres sont un peu plus volumineux que les jours précédents, sans qu'ils conservent cependant l'impression du doigt ; la peau est chaude ; le pouls plus fréquent que d'habitude ; les urines offrent les mêmes caractères qu'hier ; l'appétit est diminué. (Mauve, sirop de gomme, le bain de vapeur est suspendu, bouillon et lait.)

Pendant la nuit, la petite malade dort peu et éprouve de l'agitation ; vers 4 heures du matin, elle a un vomissement bilieux assez abondant.

25 *février.* — A 7 heures du matin, cette petite est prise presque

subitement d'une dypsnée intense ; l'œdème fait en même temps des progrès marqués ; les membres sont toujours élastiques, et ne conservent pas l'impression du doigt ; les paupières œdématiées diminuent notablement l'ouverture des yeux ; le côté gauche du corps, sur lequel la malade est inclinée de préférence, est plus infiltrée que le droit ; le pouls est petit, très fréquent (160 pulsations par minute); la respiration est très courte, très rapide (84 respirations par minutes) ; les ailes du nez sont largement dilatées à chaque inspiration ; les battements du cœur sont très rapides, l'impulsion en est assez énergique, les bruits très éclatants. On entend un peu de râle sous-crépitant en arrière, à la base du côté gauche de la poitrine.

(Mauve, sirop de gomme ; saignée du bras de deux palettes, si cela est possible, vu l'œdème ; une heure après la saignée, 15 grammes d'huile de ricin, sinapismes aux jambes, diète.)

Une piqûre est faite à chaque bras sans succès, à cause de l'infiltration du pli du bras ; on fait prendre alors à la petite malade son huile de ricin, mais elle la vomit quelques instants après ; il en est de même d'une potion avec une goutte d'huile de croton ; la dyspnée étant tout aussi violente, et l'œdème faisant des progrès, on lui applique, vers 2 heures de l'après-midi, six sangsues à la région précordiale ; on les laisse couler jusqu'à 3 heures et demie : à ce moment, il ne s'est manifesté aucune amélioration ; le pouls est aussi fréquent, il est un peu plus faible ; la respiration est aussi courte, aussi précipitée, et par instant un peu stertoreuse. La malade continue à être inclinée sur le côté gauche, qui est beaucoup plus infiltré que le droit. Pendant toute la nuit, le même état de suffocation imminente persiste, et la mort a lieu le 26 à six heures du matin.

Autopsie faite 30 heures après la mort : la raideur cadavérique a disparu ; on voit que l'œdème est beaucoup plus prononcée à gauche qu'à droite ; la face dorsale de la main gauche, bien que très infiltrée, conserve à peine l'impression du doigt ; cette anasarque, pendant la vie et même après la mort, a conservé un degré d'élasticité remarquable.

Cerveau. — Pas d'épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ni dans la grande cavité de l'arachnoïde ; quelques gouttes de sérosité transparente, seulement dans les ventricules latéraux. La substance cérébrale est assez ferme, quoique beaucoup plus humide que d'habitude.

Voies digestives. — Sauf un peu d'injection par place, la muqueuse du tube digestif offre partout son épaisseur et sa consistance normales ; on peut en obtenir des lambeaux de plusieurs millimètres d'étendue. L'injection la plus prononcée se rencontre à la face interne du grand cul-de-sac de l'estomac ; mais, à ce niveau, la muqueuse n'offre aucune altération de consistance ni d'épaisseur.

Les ganglions mésentériques sont d'un petit volume, et tous à l'état sain.

Le foie est volumineux ; il est d'un rouge brun très intense ; les vaisseaux sont gorgés de sang.

La rate n'offre rien à noter.

Reins. — Le gauche a 8 centimètres de hauteur sur 4 et demi de largeur; il est décoloré, jaunâtre, non ramolli; il offre un très petit nombre de granulations blanchâtres à son extérieur. Une fois incisé le long de son bord convexe, on voit que les mamelons tranchent par leur couleur, d'un rouge assez vif, sur la substance corticale décolorée; cette dernière surtout, dans les portions qui séparent chaque mamelon, est parsemée d'un grand nombre de petits points blanchâtres du volume d'une très petite tête d'épingle ; ces granulations sont irrégulières, non saillantes, et ne se détachent pas nettement, à la vue, de la substance corticale.

Le rein droit a 8 centimètres et demi de hauteur, et 4 et demi de lar geur ; il est un peu moins décoloré que le gauche, mais cependant il est bien éloigné d'avoir la couleur d'un rouge lie de vin du rein à l'état normal. Après l'enlèvement de la capsule fibreuse, on ne voit pas de granulations blanches à la surface extérieure du rein; mais une fois que son intérieur a été mis à nu, on remarque que sa substance tubuleuse est plus rouge que celle de l'organe du côté opposé ; il en est de même pour la substance corticale interposée à chaque cône, et à cause de cela même, on voit mieux trancher sur elle la couleur blanche des granulations qui se trouvent déposées au milieu de la substance corticale sous la forme de grains très petits, discrets ou confluents.

Cavité thoracique. — Les cavités pleurales sont libres d'adhérences ; près d'un verre de sérosité citrine transparente se trouve épanchée dans sa cavité pleurale gauche ; on n'en rencontre qu'un demi-verre à droite ; environ 45 grammes de sérosité sont contenues dans la cavité du péricarde ; sur la face postérieure de cette enveloppe, dans le tissu

cellulaire sous-séreux, on voit cinq à six petites ecchymoses du diamètre d'une petite tête d'épingle.

Cœur. — Les cavités gauches du cœur contiennent peu de sang; les cavités droites sont distendues par des caillots peu consistants, non décolorés.

Poumons. — Le gauche est très lourd ; à l'exception du sommet des lobes supérieur et inférieur, dont les lobules ont une couleur rosée, sont un peu bosselés, souples, crépitants; à l'exception de ces parties, peu étendues, tout le reste de ce poumon présente une couleur lie de vin; il ne crépite plus, n'offre plus la structure vésiculaire propre à l'organe; mais, en revanche, sa disposition lobulaire est dessinée par des lignes grisâtres constituées par le tissu cellulaire interlobulaire: ces portions de poumon, mises dans l'eau, plongent aussitôt au fond; elles sont dures, et se déchirent avec facilité, sans offrir cependant la perte de cohésion propre à l'hépatisation pneumonique; quand on déchire ce tissu pulmonaire ainsi altéré, il s'en écoule une quantité considérable de sérosité un peu spumeuse, roussâtre, inodore, et tout à fait distincte du liquide épais, couleur lie de vin et d'une odeur fade, qui s'échappe de la déchirure d'un poumon frappé d'hépatisation au second ou au troisième degré ; quand on fait une ponction dans ces portions de poumon ainsi altérées, il s'en échappe de la sérosité, absolument comme dans le cas où l'on fait des mouchetures à la peau pour une anasarque.

Le poumon droit est beaucoup moins lourd que le gauche, et cela dépend de ce que l'œdème y a revêtu la disposition que l'on rencontre dans la pneumonie lobulaire circonscrite ; ainsi, au milieu de lobules légèrement bosselés, d'un rose clair, souples, crépitants, remplis d'air, on voit disséminés çà et là des lobules d'une couleur violacée, un peu déprimés, sans apparence de structure vésiculaire, plongeant au fond de l'eau, et laissant échapper, à la piqûre et à la déchirure, de la sérosité roussâtre, rien que de la sérosité.

On ne rencontre pas dans le tissu pulmonaire le moindre tubercule, la moindre granulation grise demi-transparente. Il en est de même des ganglions bronchiques, qui sont tous d'un petit volume.

Les anasarques qui se manifestent dans l'enfance viennent le plus souvent à la suite des fièvres éruptives et surtout de la scarlatine; cette fièvre, qui bien souvent ne s'accompagne que d'une

rougeur peu intense de la peau, peut passer inaperçue aux yeux des parents. Ils répondent alors négativement, quand on leur demande si leurs enfants ont été atteints de la scarlatine quelque temps avant le développement de l'anasarque; mais si, non content de cette assertion, on s'enquiert auprès d'eux des indispositions de l'enfant peu de temps avant l'apparition de l'hydropisie, on arrive souvent à la connaissance de la cause, qui sans cela aurait échappé. Dans l'observation que je rapporte, on voit la preuve de ce que je viens d'avancer, car les parents de l'enfant prirent pour une indigestion le début d'une scarlatine. Cette éruption fut légère, sans doute; mais ne sait-on pas qu'on ne peut établir de corrélation entre la gravité de la fièvre éruptive et la fréquence de l'hydropisie?

L'existence de la scarlatine ayant été méconnue des parents, notre petite malade sortit au bout de peu de jours; elle fut dès lors exposée à l'impression du froid, cause puissante mais non indispensable de l'hydropisie, car on voit des malades pris d'anarsaque avant d'avoir quitté le lit.

Lorsque notre petite malade vint à l'hôpital, l'anasarque ne datait que de trois semaines; le tissu cellulaire sous-cutané, quoique infiltré, était rénitent, élastique; la peau n'était ni décolorée, ni blafarde; les urines étaient et furent toujours albumineuses. Dans cet état de choses, il était permis de croire que l'albuminurie dépendait d'une maladie de Bright, et non de l'œdème des reins se développant, comme le rapporte M. le docteur Becquerel, à une période déjà avancée de certaines anasarques.

Tout en acceptant l'existence d'une maladie de Bright, rien ne faisait présager une mort aussi rapide.

Si l'auscultation et la percussion avaient été pratiquées quelques heures avant la mort, il est certain qu'à la place du râle sous-crépitant on aurait observé des modifications tranchées, surtout à gauche, dans les phénomènes de la voix, de la respiration et de la sonoréité du thorax.

Ce qu'il y a d'obscur pour nous dans ce cas, c'est la cause qui a présidé à l'augmentation presque instantanée de l'anasarque et au développement de cette congestion séreuse vers les organes de la cavité thoracique.

Exprimons enfin le regret que la saignée du bras n'ait pu être faite ; car, dans un cas offrant quelque analogie avec celui-ci, nous avions vu une saignée du bras être suivie presque aussitôt du meilleur résultat.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — SERVICE DE M. GUERSANT fils.

Du traitement des fractures chez les enfants, par F.-L. TAVIGNOT, interne de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de la société anatomique, lauréat de l'École pratique.

(Article 1er.)

Quoique la plupart des questions qui ont trait à la thérapeutique des fractures en général doivent être naturellement soulevées à propos du traitement des fractures chez les enfants, il y a cependant quelques particularités à signaler, quelques problèmes de pratique à discuter, et, s'il y a lieu, à résoudre.

Ainsi, tout en admettant que les fractures en général et certaines espèces de fractures en particulier sont loin d'être aussi communes chez les enfants que chez les adultes, il n'en faut pas moins convenir que l'on en observe encore chez ceux-ci un assez bon nombre, et cela sous l'influence des causes les plus ordinaires, une simple chute. A quoi est due la fréquence des fractures, qui tout d'abord paraît en formelle opposition avec les idées physiologiques que nous possédons sur le développement du système osseux et ses propriétés diverses aux différentes époques de son développement? Ici nous devons tenir compte, je crois, des sujets sur lesquels a porté notre observation. Parmi les enfants que l'on rencontre dans les hôpitaux, un certain

nombre sont entachés de rachitisme qui se combine si souvent avec la scrofule. Eh bien, je le crois, cette circonstance est pour beaucoup dans la prédisposition des enfants aux fractures. Mais quel en est donc le mécanisme ? N'est-il pas rationnel d'admettre que la configuration même des os longs n'est pas sans influence sur la production de la fracture ? Supposez, en effet, un sujet rachitique, il ne le sera qu'à la condition des courbures diverses de ses jambes, de ses cuisses, etc. ; et on comprend facilement dès-lors qu'une chute sur la cuisse, par exemple, alors que le fémur a sa direction normale, puisse être sans inconvénient chez un enfant, tandis qu'au contraire, s'il présente, je suppose, une convexité externe, celle-ci, recevant le choc tout entier et à elle seule, ait plus de chances pour éprouver une solution de continuité. La guérison chez les rachitiques met-elle un temps plus considérable pour s'effectuer ? C'est aux faits seuls à résoudre cette question.

Voici un relevé statistique des fractures traitées dans notre service pendant le mois de janvier 1841.

§ 1. Fractures du membre supérieur.

OBS. 1re. — *Fracture des deux os de l'avant-bras à son quart inférieur.* — Le 1er janvier est entrée, au n° 21 de la salle Sainte-Thérèse, la nommée Jolie, âgée de 12 ans. — La veille, elle était tombée en glissant sur la paume de la main gauche. — A son entrée, peu de gonflement. Application de l'appareil ordinaire, 15 heures après l'accident.

Le 2 janvier, la malade a médiocrement souffert ; l'appareil ne paraît pas trop serré ; les doigts ont leur coloration et leur température normales.

Le 4 janvier l'appareil est relâché, on le réapplique.

Le 14. — On retire l'appareil, la consolidation paraît assez avancée ; cependant les mouvements volontaires de pronation et de supination sont encore impossibles. — L'appareil est replacé par précaution ; et on renvoie la malade, qui revient une

huitaine de jours après à la consultation. Il est établi alors que le cal est assez solide pour permettre le libre et entier exercice du membre. Durée du séjour, 14 jours.

Obs. II. — Le 19 décembre 1840 est entrée, au n° 19 de la salle Sainte-Thérèse, la nommée Durand, 14 ans et demi, ayant une fracture du tiers supérieur de l'humérus produite par une cause directe, c'est-à-dire par le passage d'une roue de cabriolet. Application immédiate de l'appareil ordinaire. Pas d'accidents. Sortie, bonne consolidation, le 10 janvier 1841. Durée du séjour, 20 jours.

Obs. III. — Le 30 janvier est entrée, au n° 13 de la salle Sainte-Thérèse, la nommée Masset, 4 ans, constitution assez bonne. Ayant fait une chute le 27, sur le coude gauche, en tombant de sa hauteur, elle se fractura la partie moyenne de l'humérus. — Application immédiate (en ville) de l'appareil ordinaire. Aujourd'hui, 30, on réapplique cet appareil. Le 12 février, la consolidation est parfaite, la configuration du membre normale. Elle sort en gardant encore l'appareil par précaution.

§ II. **Fractures du membre inférieur.**

Obs. IV. *Fracture simple par cause directe.* — Le 30 octobre 1840 est entré, au n° 8 de la salle Saint-Côme, Pichon, âgé de 13 ans et demi, ayant une fracture de la partie moyenne du fémur gauche déterminée par le choc du train de derrière d'une voiture pesamment chargée. — Vaste épanchement sanguin. — Cataplasme. — Application de l'appareil ordinaire à plan horizontal, le huitième jour de la fracture; 4 saignées pratiquées à différentes reprises; pas d'accidents. — Le 25 décembre, on retire toute espèce d'appareil. — Pas de raccourcissement du membre; direction normale. — Seulement il reste encore de la tuméfaction, limitée surtout au genou. — Le malade ne peut exercer son membre, ni convenablement marcher; on sent en arrière de la cuisse

une tumeur régulière formée ou par le cal provisoire ou par une esquille consolidée, ou bien par le fragment inférieur.—Frictions sur le membre avec le baume de Fiaroventi, jusqu'au 10 janvier; le 4 février il peut marcher, mais en s'aidant d'une béquille. — Durée du traitement 94 jours.

Obs. V. — *Fracture par cause indirecte.* — Le 7 janvier 1841 est entré, au n° 16 de la salle Saint-Côme, le nommé David, âgé de 2 ans et demi, bonne constitution, ayant fait une chute de sa hauteur la veille, et par suite s'étant fracturé la partie moyenne de la cuisse droite. Application immédiate de l'appareil de Scultet légèrement amilacé; pas d'accidents. — A son entrée, on retire cet appareil qui avait été appliqué la veille, pour lui substituer une bande roulée ordinaire avec trois petites attelles. — Le 21 janvier, on retire l'appareil. — Consolidation parfaite. — On se contente d'un bandage roulé. — Durée du traitement, 14 jours. Disons cependant que le malade n'est parti que le 7 février, mais à cause d'une pneumonie intercurrente dont il est sorti convalescent.

Obs. VI. — *Fracture par cause inconnue.* — La nommée Jacqueminet, âgée de 2 ans et demi, est entrée le 28 décembre 1840, au n° 5 de la salle Sainte-Thérèse, pour une fracture de la partie moyenne du fémur droit. Application immédiate de l'appareil ordinaire. (Bandage roulé et 3 attelles.) Pas d'accidents. Le 14 février, on retire l'appareil, et on trouve une consolidation parfaite du membre que le malade peut lever. — Il existe une courbure du fémur à convexité externe qui n'existe pas du côté opposé. Le 21 janvier, membre parfaitement bien consolidé. — Exeat. — Durée du séjour, 24 jours.

Obs. VII. — *Fracture des deux fémurs par cause indirecte.* — Le 4 décembre est entré, au n° 5 de la salle de Saint-Côme, le nommé L..., âgé de 12 ans. Fracture de la partie moyenne du fémur droit et du tiers supérieur du gauche, double résultat d'une chute dans un puits de 45 pieds de profondeur. Lors de son

entrée, épanchement sanguin assez considérable déterminant un notable gonflement du côté gauche. — Pas de plaie. — Application immédiate de l'appareil ordinaire 24 heures après l'accident. Saignée de 3 palettes. A gauche, on met en usage le double plan incliné; à droite, l'appareil ordinaire à plan horizontal. — Guérison le 8 janvier du côté droit : le membre est bien conformé; on suit le cal provisoire à la partie moyenne de la cuisse. A gauche, il existe encore de la mobilité, le fragment supérieur paraît faire saillie en avant; on remet en usage le double plan incliné que l'on avait abandonné depuis 15 jours pour l'appareil horizontal.

29 janvier. — On ôte l'appareil, il existe du gonflement osseux au niveau de la fracture; mais il ne paraît pas exister de mobilité; l'enfant ne peut encore soulever le membre.

10 février. — Sortie, l'enfant marchant avec des béquilles et commençant à s'appuyer sur l'une et l'autre jambe; la gauche est plus faible. — Durée du traitement, côté droit, 35 jours; côté gauche, 56 jours.

Obs. VIII. — *Fracture simple par cause indirecte.* — Le 8 février 1841 est entré, au n° 7 de la salle Saint-Côme, le nommé Roch, âgé de 10 ans, ayant fait le 7 une chute de sa hauteur sur la partie externe de la cuisse droite. A son entrée, double plan incliné sans appareil; le 9, je constate une fracture simple avec déplacement notable de la partie moyenne du fémur, sans traces de contusion. Application de l'appareil ordinaire à plan horizontal 38 heures après l'accident. — Consolidation le 3 mars. — Durée du traitement, 25 jours.

Obs. IX. — *Fracture de la cuisse par cause indirecte.* — Le 10 février est entré au n° 6, salle Saint-Côme, Vallat, âgé de 5 ans et demi, rachitique, ayant les genoux très fortement projetés en dedans. — Il y a 9 mois, il était dans la même salle pour une fracture du même côté; il sortit avec une faiblesse de cette jambe qui le forçait à boiter. Il fait une chute de sa hauteur

en jouant avec des camarades et se fracture la partie moyenne de la cuisse avec un notable déplacement; pas de traces de contusion de la peau, mais gonflement assez considérable au niveau du point fracturé; raccourcissement, crépitation. Je fais placer le membre sur un double plan incliné, avec compresses d'eau froide. — Le 11, appareil ordinaire à plan horizontal. Guérison et sortie le 14 mars. — Durée du traitement, 34 jours.

IXe Obs. — *Fracture de la cuisse sans déplacement.* — Le 17 février est entrée au no 14, Sainte-Thérèse, la nommée Trapet, âgée de 4 ans, de bonne constitution, ayant fait le 14 une chute de sa hauteur sur le côté droit, de laquelle il résulta une fracture de la cuisse correspondante. — A son entrée, peu de déplacement, que l'on attribue à la déchirure incomplète du périoste; application médiate, le 18, de l'appareil ordinaire. — Le 25 mars, ablation de l'appareil. Consolidation convenable. Durée du traitement, 18 jours.

Xe obs. — *Fracture de la clavicule droite par cause indirecte.* — Le 24 février est entrée au no 13, Sainte-Thérèse, la nommée Bailly, 3 ans, ayant fait, le 21, une chute de sa hauteur par suite de laquelle elle se fractura la clavicule droite à peu près à la partie moyenne; déplacement en bas du fragment externe. Le 26, application d'une ceinture ayant beaucoup d'analogie avec celle décrite par Boyer.

Le 3 mars. — L'appareil étant complétement relâché, on se contente d'un bandage en 8 de chiffre qui fixe suffisamment le membre.

Le 15 mars, on lève l'appareil. Consolidation exacte. Durée du traitement, 21 jours.

XIe obs. — *Fracture de la clavicule par cause indirecte.* — Au no 20 de la salle Sainte-Thérèse est couchée Pinègre, âgée de 8 ans, entrée le 8 mars; bonne constitution, ayant fait la veille une chute d'une balançoire sur l'épaule droite, et s'étant fracturé la clavicule droite à la réunion du tiers externe avec le

moyen. Saillie angulaire du fragment interne. Application, le 9, de la ceinture de Boyer modifiée. Ablation de l'appareil le 28 mars. Durée du traitement, 20 jours.

XIIe OBS. — *Fracture de la jambe par cause directe.* — Au nº 22, salle Sainte-Thérèse, est entrée, le 21 février, la nommée Geneviève, âgée de 4 ans, bonne constitution, ayant reçu il y a 4 jours le choc du timon d'une voiture sur le milieu de la jambe gauche ; contusion et gonflement assez considérable ; la fracture n'a pas été reconnue en ville. Deux jours avant l'entrée de la jeune malade, application de 5 sangsues sur le siége de la tuméfaction ; à son entrée, je constate une fracture du tiers inférieur du tibia seulement et sans déplacement, le périoste me paraît intact ; gonflement encore assez notable. Application du bandage de Scultet le lendemain de son entrée.

Le 11 mars, consolidation de la fracture. La malade reste encore dans nos salles, mais pour une affection croupale qui nécessita plus tard l'opération de la trachéotomie. Durée du traitement, 19 jours.

Des réflexions générales découleront naturellement de plusieurs relevés statistiques que nous nous proposons de publier bientôt. Elles auront l'avantage de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits, et par conséquent d'inspirer plus de confiance. Nous nous proposons, ayant toujours ces faits en vue, d'agiter la question de la valeur thérapeutique de l'application immédiate ou médiate de l'appareil, selon les diverses espèces de fractures. Enfin, guidés par l'observation, l'analogie et le raisonnement, nous essaierons de plaider la cause de l'appareil inamovible chez les enfants, appareil inamovible qui, convenablement et sagement employé, ne nous paraît pas mériter, pour ce cas particulier, l'espèce de proscription dont on l'a, à notre sens, injustement frappé.

(La suite de ce travail, avec les conclusions générales qui en découlent, sera publiée dans un prochain cahier.)

REVUE HYGIÉNIQUE.

Dans l'exposition des préceptes d'*hygiène physique* appliquée aux enfants, on a procédé jusqu'à présent d'une manière trop dogmatique; aussi, ces préceptes ne sont-ils pas devenus l'objet d'une pratique facile et journalière. Quant à nous, laissant la seconde place aux considérations scientifiques, nous commencerons de suite le *Cours pratique d'hygiène de la famille*. Mais, afin d'embrasser dans le moins de temps possible l'ensemble complet de l'hygiène usuelle, nous exposerons d'abord chacune des parties qui la composent dans ce qu'elles ont de plus général, en évitant ces études abstraites qui, toujours en dehors des faits d'application, sont le fruit plutôt de l'imagination que de l'expérience. Plus tard viendront les détails complémentaires. Avant d'entrer en matière, employons le peu d'espace qui nous reste pour exposer rapidement au lecteur les sujets sur lesquels nous nous proposons d'attirer principalement l'attention des personnes chargées de soigner les enfants. Nous établirons trois grandes divisions :

1° L'*hygiène proprement dite*, qui traitera toutes les *questions d'hygiène aux diverses époques de l'enfance* : Etudes sur les rapports de la grossesse et de l'accouchement avec l'hygiène de l'enfant avant sa naissance ; sur les soins à donner au nouveau-né ; sur l'allaitement maternel considéré en vue de l'enfant et en vue de la mère ; sur les nourrices étrangères et sur les moyens de les instruire ; sur l'allaitement artificiel. — Examen des biberons et recherches sur les qualités du lait des divers animaux. — Instructions sur le sevrage et sur les qualités nécessaires aux *sevreuses* ; sur le genre de nourriture qui convient après le sevrage. — Dissertations sur l'action de l'air, de la lumière et des autres agents physiques, sur la santé des enfants ; des avantages de la campagne. — Réflexions critiques sur l'habitude de bercer les jeunes enfants ; sur la manière de les emmailloter et de les habiller ; quelles doivent être les conditions du berceau et du lit. — Etudes sur le sommeil des enfants, sur la marche et les exercices, sur la manière de les porter, de les prendre selon la partie du corps que l'on saisit. — Des châtiments et des punitions dans leurs rapports avec l'hygiène des enfants. — De la gymnastique en vue des phénomènes de l'accroissement, en vue des constitutions et des prédispositions aux maladies. — Réflexions sur les jeux imprudents, sur les exercices du corps considérés relativement aux jeunes filles ; sur la danse ; hygiène spéciale des jeunes personnes ; de leurs habitudes sédentaires ; des phénomènes de la puberté. — Considérations sur les habitudes incommodes et pernicieuses que les enfants peuvent contracter. — Etudes sur les exercices des sens, de la vue, de l'ouïe, etc., de la voix, de la prononciation, sur les déviations et les déformations du système osseux ; moyens de les prévenir. — Nécessité de familiariser les enfants avec certaines pratiques, comme celle des bains, etc., qui peuvent devenir très utiles dans les maladies. — Des insectes parasites du corps humain ; quelle est leur influence sur la santé des enfants. — Phénomènes de la croissance, ses effets sur l'organisation et la constitution. — Rapports à établir entre l'éducation physique et la culture de l'intelligence.

2° *La médecine préventive*, qui fixera nos regards sur les maladies héréditaires, sur les prédispositions morbides, sur les causes des maladies, sur les affections auxquelles exposent les diverses professions et positions sociales.

3° *L'application des moyens de traitement*. A l'insuffisance de l'instruction particulière, soit écrite, soit verbale, donnée par le médecin, il faut suppléer par une instruction générale et prévoyante. Dans cette intention, nous étudierons la manière d'exécuter les prescriptions du médecin, l'art de préparer et d'administrer certains médicaments, soit que, pour être bien composés, ils n'exigent pas la science du pharmacien, soit que, pour être bien établis et bien appliqués, il faille s'en occuper auprès du malade. — Nous enseignerons la manière d'appliquer régulièrement chez les enfants les moyens de traitement compris dans la *petite chirurgie*, tels sont les bandages, etc. — Dans nos instructions, nous aurons surtout pour but de suggérer les moyens de prévenir les accidents auxquels donnent lieu la mobilité, l'agitation, l'indocilité des enfants.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MÉDICALE.

Congestion cérébrale chez un enfant de 8 ans. Asphyxie imminente. Prompte guérison par la saignée. Observation recueillie et lue à la Société d'observation par le docteur VANIER.

Nous avons invité les médecins à publier dans la *Clinique des hôpitaux des enfants* les faits intéressants de médecine enfantine qui se rencontreront dans leur pratique; nous leur devions l'exemple, et nous avons choisi à dessein le fait suivant, à titre de fait pratique.

Au milieu de la nuit du 19 au 20 novembre 1840, je fus appelé auprès d'un enfant que je trouvai dans l'état suivant: Décubitus dorsal, perte complète de la parole, paralysie du sentiment de tout le côté gauche, vue et intelligence conservées. Cet enfant est âgé de 8 ans. Il couche à l'entresol dans le même lit que sa sœur âgée de 3 ans, dans une chambre où couchent aussi le père et la mère, et qui ne reçoit de jour que par l'intermédiaire d'une pièce qui, tous les jours, sert de salle de restaurateur. L'enfant est grand pour son âge. Il est bien conformé. La tête a des dimensions qui paraissent excéder celles ordinaires aux enfants de son âge, surtout d'avant en arrière et latéralement, dans la moitié postérieure. Le cou est d'une longueur remarquable; sa circonférence paraît moyenne. Teinte générale de la peau intermédiaire à celle des constitutions lymphatiques et bilieuses. Cheveux châtains extrêmement abondants, épais et durs.

Comme son père, cet enfant est d'une grande vivacité; le père est impatient jusqu'à l'emportement. Le père, la mère et l'autre enfant n'ont éprouvé aucun accident nerveux. Uniquement employé à faire pour ses parents des commissions dans le quartier, cet enfant trouve souvent moyen de se livrer avec des camarades à des courses pénibles; plusieurs fois il est rentré chez lui très fatigué, et a perdu pour deux ou trois jours sa vivacité naturelle. Jamais il ne prend ni liqueurs, ni café. Il est d'une intelligence précoce. Les parents ne lui connaissent point d'habitude secrète; rien n'a porté de ce côté leur attention (1). Le

(1) Je dois noter que chaque fois que j'ai voulu soulever les couvertures, l'enfant a fait ce mouvement de pudeur mêlé de crainte qui trahit ordinairement les petits coupables. Aucun signe du reste dans la physionomie de l'enfant ne vient confirmer ce soupçon.

petit malade ne se plaint pas habituellement de mal de tête. Il n'en a éprouvé que comme prodrôme de la maladie dont il est atteint. Il n'a jamais eu de convulsions. Appétit ordinairement bon. Jamais il ne mange des mets épicés préparés pour les clients de la maison. Fonctions digestives régulières, une ou deux selles par jour. Il n'a jamais rendu de vers. Il n'a jamais eu d'éruption, soit à la tête, soit ailleurs, qui puisse faire penser à une répercussion. Par la moindre fatigue, il transpire beaucoup, surtout des pieds. Jamais il n'a eu d'épistaxis, ni de mœlena, ni autre perte de sang. Pas de palpitations. Il respire ordinairement sans difficulté. Il a eu quelques rhumes qui ont cédé facilement.

Comme prodrôme de la maladie actuelle, notons que la veille, l'enfant envoyé pour une commission, revient tardivement chez lui, et lorsqu'on lui demande le résultat de la commission, il ne sait ce qu'on veut lui dire, et il finit par avouer qu'il l'a oubliée. De ce moment il a perdu sa vivacité. Sommeil tranquille toute la nuit. Le lendemain il est plus gai, mais il se plaint de temps en temps de faiblesse et de picotements dans les deux jambes. A dîner, il mange sans répugnance une soupe grasse, mais aussitôt après, il demande à se coucher. Vers onze heures du soir, la mère est réveillée par les efforts de vomissement que fait le petit malade. Elle le trouve couché sur le dos, n'ayant pas la force de soulever sa tête pour vomir hors du lit ; interrogé par sa mère, il essaie de répondre, mais il n'émet que des sons. Pendant l'espace d'une heure et demie, il boit à plusieurs reprises de l'eau sucrée avec de l'eau de fleurs d'oranger, et cinq ou six fois il est pris de vomissements composés de matière aqueuse, comme l'était le premier. La respiration devenant de plus en plus gênée, à une heure du matin, je suis appelé. On m'apprend que le malade a été frappé tout à coup, sans avoir donné préalablement aucun signe de malaise. Malgré mon insistance pour remonter aux prodrômes de la maladie, ce n'est que le lendemain que j'ai appris les phénomènes avant-coureurs qui ont été mentionnés. L'enfant est couché sur le dos, immobile, sa physionomie est naturelle. Il comprend toutes les questions que je lui adresse, mais il fait d'inutiles efforts pour me répondre. Il ne manifeste aucune anxiété, mais il porte une grande attention à tout ce que je fais pour éclairer le diagnostic.

Au front et à la région épigastrique, douleur que n'augmente pas la pression. Avant le vomissement, le sommeil a été tranquille, sans rêves pénibles. La mère ne l'a pas entendu s'agiter. Je ne remarque aucun autre mouvement convulsif qu'une légère contracture des muscles du côté droit de la face. Ni engourdissement, ni picotement dans les membres; mouvement conservé partout, excepté dans les muscles du côté gauche de la face. Le petit malade faisant semblant de rire, les muscles du côté droit seuls se contractent. Paupières et pupilles dilatées, également ouvertes; regard naturel, un peu inquiet; pas de strabisme; vue intacte; pas d'étourdissement; cependant on remarque dans les yeux certains mouvements rapides qui semblent indiquer quelque désordre du côté de ces organes. Ouïe intacte; insensibilité aux pincements les plus forts depuis l'extrémité du pied jusqu'à la partie supérieure de la cuisse gauche. Un pincement un peu exagéré est perçu au tronc et à la joue du même côté. Membrane de Schneider sensible à l'action d'un fil introduit dans les fosses nasales. Ligne médiane de la lèvre supérieure déviée à droite, entraînée par la contraction de la commissure droite des lèvres. La langue peut à peine être produite jusqu'au niveau des arcades dentaires, mais elle ne se dévie pas. Elle est large, évasée et blanche. Du sel placé sur la pointe, sur les côtés et à la base de cet organe, n'est point savouré. Un corps irritant promené sur ces parties n'est senti que lorsque l'on en exagère l'action. La luette n'est pas déviée; pas de trismus. Les vomissements sont suspendus depuis trois quarts d'heure; pas de garde-robe depuis hier matin; ordinairement il a deux selles par jour. Je ne sens pas de matières retenues dans l'intestin. Avant mon arrivée, un lavement simple a été donné, il n'a pas été rendu. Peu de douleurs du côté du ventre. Urines naturelles. Aucune tache sur la peau. Pouls égal, dur, lent (70 puls.), et présentant de rares intermittences. Battements du cœur très forts; un peu d'impulsion, pas de voussure à la région précordiale, aucun bruit anormal dans la poitrine. Les veines du cou sont dilatées; température partout naturelle, excepté à la tête où elle est manifestement élevée. Respiration lente (8 par minute), égale; mais depuis quelque temps, pendant que j'examine le malade, la respiration se précipite, le pouls s'accélère, la coloration du visage, jusque-là naturelle, s'anime; bientôt un rhuncus se fait entendre à distance dans le mouvement inspiratoire, et tout à coup l'enfant vomit un flot de liquide; la dyspnée augmente. Un bain de

pied sinapisé que j'ai fait préparer est apporté. Les accidents que je viens de décrire augmentent pendant que les pieds sont dans le bain. Tous les symptômes d'une asphyxie imminente se déclarent (le bain était fortement sinapisé et à une chaleur modérée). Je fais promptement remettre l'enfant au lit. La connaissance est entièrement perdue, les yeux sont entr'ouverts, la face livide, la respiration anxieuse, le pouls à peine perceptible. Les pieds en sortant du bain étaient froids comme la glace. J'ouvre la veine du bras. Pendant que le sang coule par un jet auquel j'ai ménagé une petite ouverture pour éviter la syncope, les mouvements du thorax deviennent plus naturels; la chaleur se rétablit dans les extrémités inférieures, les yeux s'ouvrent. Après avoir obtenu cinq ou six onces de sang, je ferme la veine. Une bouteille d'eau chaude est placée aux pieds. Une heure après, l'enfant avait recouvré la parole, qui était encore embarrassée; la paralysie des membres avait cessé. Un lavement est administré dans la nuit et rendu en déterminant deux selles abondantes. Le matin de bonne heure, je fais donner à l'enfant cinq grains de calomel qui donnèrent lieu à plusieurs garde-robes. Dans la journée l'enfant veut se lever. Je le tiens au lit et à la diète jusqu'au lendemain, où il a repris ses jeux et ses repas comme à l'ordinaire, ne conservant qu'un peu de pâleur et un peu de faiblesse générale. Aucun accident ne s'est manifesté depuis, excepté quelque temps après un ictère général qui a cédé à quelques purgatifs.

Réflexions. — Nous n'avions point ici de doute sur la nature de l'affection, les indications étaient précises. Aussi ne discuterons-nous le fait thérapeutique qu'en vue des cas nombreux où le diagnostic reste douteux entre une congestion cérébrale et une affection intestinale. Dans ces cas, donner un vomitif à un enfant, c'est s'exposer, si l'affection cérébrale existe, à l'augmenter. L'opinion que j'émets ici se trouve avoir contre elle une puissante autorité : c'est celle du professeur Trousseau. Dernièrement, dans une leçon clinique, cet habile thérapeutiste s'élevait contre la crainte d'aggraver par les efforts du vomissement la lésion cérébrale qui pourrait exister. Pour lui, cette crainte, fondée en théorie, ne l'est pas en pratique, et s'il est vrai que le premier effet du vomitif augmente un peu la congestion céré-

brale, il compte ensuite sur l'action hyposthénisante et sédative dont on retire bénéfice. J'ai vu assez souvent chez les enfants les accidents du côté du cerveau s'aggraver d'une manière alarmante après l'administration d'un vomitif, dans des cas douteux où l'on avait agi dans le sens d'une affection intestinale, pour être autorisé à ne point partager, quand il s'agit des enfants, l'opinion de M. Trousseau. Aussi n'admettrons-nous qu'avec une importante modification le précepte enseigné par le professeur, de supposer, toutes les fois que les éléments de diagnostic peuvent se rapporter à plusieurs affections, l'existence de celle sur laquelle la thérapeutique a quelque prise. Cette restriction, c'est que, quelle que soit l'efficacité de cette thérapeutique contre la maladie qu'elle est destinée à combattre, on ne l'adopte qu'avec la plus grande réserve, si elle est capable d'aggraver la maladie dont l'existence est possible.

Il ne s'agit donc pas seulement d'établir le traitement convenable à chacune des affections dont l'ensemble de symptômes qui se présente fait soupçonner l'existence, pour ensuite les comparer et choisir le plus efficace ; il faut encore, dans ces cas douteux, peser les chances d'influence favorable ou funeste de chacun de ces traitements sur les autres affections dont l'existence soupçonnée est reconnue possible. Ajoutons que d'ailleurs chez les enfants, même lorsque l'on a diagnostiqué une affection intestinale, l'attention du médecin doit se porter vers la tête.

Revenons à notre observation, et envisageons sous un autre point de vue les moyens de traitement que nous avons employés. Le résultat que nous avons obtenu par la saignée eût-il été le même à l'hôpital ? En songeant à la débilité générale où se trouvent les enfants qui peuplent nos hôpitaux, par suite des conditions fâcheuses au milieu desquelles ils vivent habituellement, il est permis de douter que nous eussions obtenu le même effet. Aussi ne conclurons-nous jamais rigoureusement, en fait de thérapeutique, des résultats obtenus dans la pratique civile, et surtout par les émissions sanguines, à ceux auxquels on devra

s'attendre de la part des mêmes moyens dans la pratique des hôpitaux ; pas plus que nous ne conclurons de la thérapeutique mise en usage dans les hôpitaux à la thérapeutique applicable dans la pratique civile.

Quant à l'imminence de l'asphyxie survenue au moment où nous avons fait prendre le bain de pieds, et au froid glacial des extrémités inférieures quand nous les avons retirées de ce bain, cet accident n'était ici que l'expression exagérée d'un fait qui se renouvelle assez souvent d'une manière moins apparente.

Les sinapismes produisent aussi quelquefois la même réaction, moins subite. C'est au praticien, prévenu de la possibilité de cet accident, à surveiller l'action de ces moyens de traitement.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

SERVICE DE M. GUERSANT.

Section des muscles génio-glosses pour la guérison du bégaiement. Hémorragies consécutives. Observation recueillie par F. L. TAVIGNOT, interne à l'hôpital des Enfants-Malades; suivie de quelques réflexions pratiques, par le docteur VANIER.

Depuis le 20 avril 1840 se trouvait dans le service des teigneux un garçon de 11 ans, nommé Toussaint. Cet enfant avait toutes les apparences d'une bonne santé. La face peu colorée ne présentait pas cependant une pâleur caractéristique. Vers le 20 mars 1841, je pratiquai chez cet enfant l'avulsion de la deuxième grosse molaire du côté droit. Une légère hémorragie succéda à l'opération ; elle continue, et deux jours après elle est plus abondante. Cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent. L'écoulement de sang persiste ; on essaie l'introduction d'une boulette de cire qui ne parvient pas davantage à l'arrêter. Je constatai dès lors que le sang venait principalement du pourtour du bord alvéolaire, et j'appliquai aussitôt le nitrate d'argent sur cette surface saignante, ressource que je crus convenable de tenter une dernière fois avant d'en venir à l'application d'un stylet rougi à blanc. L'hémorragie fut définitivement arrêtée. La quantité de sang perdu par le malade peut être évaluée à 300 grammes.

Le 1er avril, cet enfant étant affecté de bégaiement, M. Guersant coupa les muscles génio-glosses, en rasant avec de forts ciseaux courbes la face postérieure du maxillaire inférieur. Immédiatement après cette section, une hémorragie survint, assez considérable pour remplir, en peu de temps de sang pur un grand bassin ; je parvins à m'en rendre maître par des lotions d'eau froide d'abord, puis légèrement astringente, et enfin en tamponnant avec des boulettes de charpie enduites d'alun. Pendant la nuit, nouvelle apparition de l'hémorragie, arrêtée par les mêmes moyens. La glace n'a pas encore été employée. Le 2 avril, hémorragie aussi abondante que la veille. M. Guersant prenant alors un parti décisif que justifiait la nécessité des circonstances, appliqua, à quatre reprises différentes, le cautère actuel sur les surfaces saignantes; il arrêta ainsi l'hémorragie. Le 3, à la visite, l'écoulement sanguin reparaît avec une certaine abondance. M. Guersant n'hésite pas à porter sept fois le fer rouge sur les points qui paraissent donner du sang. Les parties sur lesquelles on a agi sont comprises entre le bord postérieur du maxillaire inférieur et la face inférieure de la base de la langue, dans une étendue transversale d'environ 6 à 7 centimètres. Pendant les neuf jours suivants, l'hémorragie nous avait laissés dans une parfaite sécurité, lorsque le 12 avril, le chirurgien de garde fut appelé pendant la nuit pour remédier à deux nouvelles hémorragies qu'il arrêta successivement à l'aide de boulettes de charpie imbibée de la solution d'alun et de l'eau de Bocchieri (1). Dans la journée du 12, mêmes accidents, même traitement. Le pourtour de l'escarre sublinguale est en partie détaché, et c'est de ce point que le sang coule en nappe. Depuis le 12 jusqu'au 20 avril, il ne s'est pas passé deux jours de suite sans que l'écoulement sanguin ne se soit reproduit. Chaque fois il a cédé aux mêmes moyens. Quelquefois il a paru céder spontanément après que ces moyens avaient échoué, inutilement employés pendant deux heures entières. A cette époque, le jeune malade était tombé dans une faiblesse extrême. Pouls petit, mou, dépressible, d'une fréquence remarquable (145 pulsations par minute), décoloration des muqueuses, teinte jaune de la face, bruit de soufflet continu dans les carotides, céphalalgie. Le 20, dans la soirée,

(1) Un instant on a agité l'opportunité de la ligature des artères linguales.

nouvel écoulement que je parvins à arrêter. Cette hémorragie fut heureusement la dernière. Aujourd'hui, il a recouvré quelques forces, grâce au régime tonique et au traitement ferrugineux auquel il est soumis.

Réflexions. Comme fait à noter dans l'étude des maladies héréditaires, nous ferons observer que le père et un frère de ce jeune malade sont bègues.

D'après l'observation recueillie par M. Tavignot, on voit que cet enfant jouissait d'une bonne constitution; mais il était éminemment sujet aux hémorragies spontanées. A l'exception de l'hémorragie dentaire mentionnée dans l'observation de ce malade, les circonstances qui annonçaient chez lui une diathèse hémorragique étaient ignorées. A plusieurs reprises, il avait eu des épistaxis qui n'avaient été arrêtés qu'avec peine. Il avait eu plusieurs fois des hémorragies graves par la bouche; il avait eu la dyssenterie et avait rendu du sang par les selles. Si nous avions connu ces antécédents, disait M. Guersant dans une de ses leçons, nous eussions mis en question l'opportunité de cette opération, si innocente qu'elle soit.

Par suite de l'hémorragie, cet enfant était tombé dans un tel état d'affaiblissement, que la moindre perte de sang devenait inévitablement fatale. M. Guersant consulta son confrère M. Bérard, chirurgien de l'hôpital Necker. Le jour de cette consultation, un caillot volumineux recouvrait la plaie. Il fut convenu qu'on ne toucherait pas à ce caillot, et que, pour s'opposer au retour de l'hémorragie, on exposerait le malade à un courant d'air frais. On rejeta l'usage de la glace dans la crainte qu'elle n'occasionnât, comme ordinairement, une réaction qui pourrait amener de nouvelles hémorragies. Des boulettes de charpie, maintenues constamment, seraient arrosées par l'eau de Bocchieri toutes les cinq minutes, etc. Pour suppléer à la nécessité d'une main intelligente qui maintînt les tampons de charpie, M. Guersant avait fait préparer, par MM. Martin et Charrière, un instrument qui,

embrassant le maxillaire inférieur de haut en bas, venait par l'une de ses extrémités arc-bouter sous le menton, et par l'autre, armée d'un corps mou, comprimer la surface hémorragique. L'hémorragie n'ayant pas reparu, cet instrument n'a pas été employé.

En regard de l'opinion qui a fait respecter la présence du caillot sur la surface saignante, nous devons faire ressortir une circonstance qui, comme fait pratique, demande au moins de notre part d'être mentionnée. Aussi longtemps que le caillot existe, le sang ne cesse de suinter et de sourdre autour de lui; le caillot n'est pas plutôt tombé que l'écoulement s'arrête. De ce fait rapprochons un cas analogue mentionné dans la *Gazette des hôpitaux* du 20 avril de cette année. « Une seule fois, disait « l'auteur d'un article relatif à l'opération du bégaiement, « M. Amussat a fait la torsion d'une artériole de la grande sub- « linguale. Nous devons dire que, si une hémorragie se manifes- « tait, il faudrait d'abord enlever le caillot formé dans la plaie « avant d'appliquer l'eau glacée. Dans un cas tout récent, on ne « parvint à faire cesser un écoulement de sang survenu le len- « demain de l'opération qu'en agissant comme je viens de l'in- « diquer. »

N'ayant pas à discuter ici la valeur de l'opération en elle-même pour la guérison du bégaiement, je dirai seulement que quelques cas de guérison *absolue* et *soutenue*, s'il en existe, ne sont pas une juste compensation des nombreux insuccès et surtout des accidents graves que l'observation démontre déjà si fréquents. Indépendamment des accidents qui sont restés secrets, on sait que Dieffenbach a vu périr entre ses mains, à la suite d'une hémorragie consécutive à l'opération du bégaiement, un étudiant en médecine de Berlin. A l'hôpital de la Charité de Paris, on a vu un cas d'hémorragie qui, à la suite de cette opération, a donné de sérieuses inquiétudes. Grâce aux soins de M. Velpeau, la terminaison a été heureuse. M. Amussat n'a-t-il pas été obligé

de faire la torsion d'une artériole de la sublinguale, non pas sans doute *pour prouver qu'on pouvait la faire*, mais parce qu'il le fallait. A ces accidents ajoutons que, lorsque l'hémorragie se fait en nappe, il ne s'agit plus de faire la torsion, mais de cautériser, d'employer les astringents, et qu'alors on a à redouter la rétraction du tissu de la cicatrice, qui est tel chez le sujet de notre observation, que la langue peut à peine sortir de la bouche.

M. Guersant ne savait pas s'il sauverait son malade, tout lui faisait craindre au contraire qu'il ne succombât. C'est à cette époque cependant qu'il disait à son auditoire : Il faut que ce fait reçoive la plus grande publicité. Il ne pensait pas que l'on dût aller au delà de la réalité et que le bruit dût courir que son malade avait succombé, alors que par ses soins, secondés par le zèle de la religieuse et des élèves, le jeune malade recouvrait ses forces. C'était justice à nous de démentir cette fausse nouvelle; et si M. Guersant s'est accusé lui-même d'avoir commis, par oubli, la faute trop ordinaire aux chirurgiens de ne pas interroger assez minutieusement les antécédents de leurs malades avant de les opérer, c'était notre mission de dire qu'il l'a bien réparée. L'enfant est guéri, grâce à ses soins. Espérons que cette leçon ne sera perdue pour personne.

Nous avons fait connaître les hémostatiques qu'on a mis en usage; les moyens toniques par lesquels on a triomphé de l'extrême anémie qui menaçait les jours du malade sont les suivants: limonade vineuse, quelques petites doses de vin de Bagnols, bouillon en boisson et en lavement, décoction de quinquina, chocolat ferrugineux; puis, pilules de proto-iodure de fer dont voici la formule :

Pr. proto-iodure de fer. . . . . 6 grammes.
Sulfate de quinine. . . . . 1 gramme.

Pour soixante pilules, à prendre 4 à 5 par jour.

THERAPEUTIQUE CHEZ LES ENFANTS.

De la Thérapeutique chez les enfants de l'âge de 2 à 15 ans, par Alfred BECQUEREL, docteur en médecine, interne à l'hôpital des Enfants, lauréat de la Faculté de médecine et des hôpitaux (médaille d'or.) (1).

La thérapeutique est un art difficile ; et si chez l'adulte elle est déjà considérée comme telle, et exige de la part de celui qui veut l'appliquer des connaissances approfondies dans les diverses branches de la médecine, et surtout un jugement sain, à plus forte raison doit-elle être considérée dans l'enfance comme entourée de difficultés plus grandes, puisqu'il faut faire entrer en ligne de compte plusieurs conditions nouvelles de l'organisme qui ressortent précisément du jeune âge, et qui peuvent modifier à tel point le traitement qu'on emploie, qu'il devient quelquefois précisément le contraire de celui qu'on aurait peut-être mis en usage chez l'adulte dans la même circonstance. Avant d'étudier le traitement de chaque maladie en particulier, le médecin doit toujours avoir présent à l'esprit certains faits généraux, certaines règles qui le guident ensuite et rendent sa tâche plus facile dans la thérapeutique des cas particuliers. C'est l'exposé de ces faits généraux que j'essaierai de faire dans cet article, en réclamant l'indulgence du lecteur pour un sujet encore tout nouveau, et où je n'ai pas de modèle qui puisse me servir de guide.

Lorsqu'on est appelé à traiter un enfant, on doit commencer par prendre en considération plusieurs conditions qui tiennent à l'état physiologique ou à l'état pathologique du jeune sujet qu'on doit guérir. Examinons avec soin quelles sont ces conditions diverses, et quelles modifications elles peuvent imprimer à la thérapeutique.

1° *Conditions physiologiques.* — Dans l'enfance, une grande condition organique domine toutes les autres, c'est celle qui résulte de la nécessité de l'accroissement. Le mouvement nutritif de composition l'emporte sur celui de décomposition, parce qu'il

---

(1) Ce travail a été lu et approuvé par M. Guersant père.

faut que non-seulement il puisse servir à renouveler les parties déjà existantes, mais encore parce qu'il doit produire des molécules nouvelles destinées au développement et à l'accroissement des divers tissus. Ces derniers sont doués d'une activité vitale plus grande que chez l'adulte, puisque le mouvement nutritif interstitiel est plus actif et qu'il est en quelque sorte double. C'est dans cette grande condition qu'on doit placer, si je ne me trompe, la prédominance du système nerveux dans le jeune âge, et la mise en jeu plus facile et plus rapide des sympathies et toutes les conséquences qui résultent de ces deux conditions.

Lorsqu'une maladie arrive et se développe chez l'enfant, il en résulte d'abord la production beaucoup plus facile de symptômes nerveux et de phénomènes sympathiques qui doivent être pris en grande considération.

Dès que la maladie se prolonge, et surtout si la diète est continuée, le mouvement nutritif de composition est arrêté, et au lieu de prédominer sur celui de décomposition, il ne peut même plus le balancer; alors l'enfant se débilite d'une manière rapide. Cette débilitation se produit encore plus facilement et plus rapidement lorsque les moyens thérapeutiques qu'on emploie lui font éprouver des pertes un peu abondantes : telles sont les émissions sanguines, tels sont les purgatifs. On doit donc toujours avoir présent à l'esprit ce fait qui ressort de l'organisation des enfants.

L'âge des enfants est une autre condition qu'il ne faut pas perdre de vue. Il est incontestable que plus ils sont jeunes, plus les caractères que je viens d'exposer sont sensibles et saillants; tandis que lorsque l'enfant approche de 12 à 17 ans, ils sont moins prononcés, et permettent des traitements plus énergiques, qui se rapprochent, sous certains rapports, de ceux qu'on emploie chez les adultes dans les mêmes circonstances. Ainsi, chez un enfant de 12 à 15 ans atteint, au milieu d'une bonne santé, d'une pneumonie, on ne craindra pas l'emploi des saignées générales, et on y trouvera même un grand avantage.

La constitution des enfants doit exercer une certaine influence sur la thérapeutique qu'on emploie. Ainsi, s'agit-il d'un en-

fant dont la peau est blanche, fine et comme semi-transparente, les chairs un peu flasques, les cheveux blonds, les yeux bleus, et les cils longs et noirs contrastant avec ces autres conditions, un jeune sujet enfin présentant les attributs de l'état général auquel on est convenu de donner le nom de constitution lymphatique, il est incontestable que chez lui le mouvement nutritif interstitiel est moins actif qu'il ne doit être ; aussi les maladies l'abattront-elles beaucoup plus facilement. Il en sera de même des agents thérapeutiques capables de déterminer quelques pertes sanguines ou autres; on devra donc employer chez lui ces moyens avec beaucoup plus de mesure, et insister au contraire, dès qu'on le pourra, sur les médicaments toniques capables de ranimer la force vitale languissante.

Lorsqu'un enfant, par suite de la position de ses parents, est placé au milieu de conditions hygiéniques peu satisfaisantes; lorsqu'il aura habité, par exemple, un logement malsain, humide, peu aéré; lorsque sa nourriture aura été insuffisante ou à peu près exclusivement constituée par des végétaux; lorsqu'il aura été soumis à des privations, à la misère, la conséquence qui en résultera pour lui sera analogue à celle d'une constitution faible et lymphatique, c'est-à-dire qu'il sera débilité par ces conditions diverses, et qu'on devra, dans le traitement des maladies dont il sera atteint, éviter les agents thérapeutiques qui pourraient l'affaiblir davantage, et insister de bonne heure, dans la convalescence, sur les moyens toniques.

Le sexe exerce aussi quelque influence sur la thérapeutique; il est incontestable que les jeunes filles sont plus facilement et plus fortement influencées par les mêmes agents thérapeutiques.

Conditions pathologiques.

Si l'état physiologique exerce une influence puissante sur le traitement des maladies des enfants, à plus forte raison cette influence sera-t-elle exercée par l'état pathologique, puisque

c'est pour le combattre qu'on emploie la thérapeutique ; elle variera donc autant que lui.

Les grandes conditions pathologiques que le médecin doit toujours avoir présentes à l'esprit sont les suivantes :

1° *La nature de la maladie.* — Les maladies, soit locales, soit générales, sont loin de se ressembler. Or, le traitement doit varier avec la nature des maladies : ainsi, aucun praticien ne s'imaginera de traiter l'inflammation d'un organe ou d'un tissu par les mêmes moyens que son hémorragie ou encore sa dégénérescence tuberculeuse. Je n'entrerai ici dans aucuns détails, car la considération de la nature des maladies dans la thérapeutique, c'est l'histoire du traitement de chaque affection en particulier.

2° *L'état local.* — Le siége de la maladie doit être pris en considération, et être d'abord bien établi par le diagnostic, ce qui est loin d'être toujours facile chez les enfants. C'est contre lui que les moyens dits locaux devront être dirigés : l'on ne s'imaginera pas, par exemple, de faire appliquer des sangsues sur le ventre ou aux apophyses mastoïdes pour une pleurésie ou une pneumonie. L'intensité de cette même lésion locale ne devra pas être perdue de vue par le médecin et pourra le guider pour l'énergie des moyens thérapeutiques qu'il emploiera.

3° *L'état général.* — Chez les enfants, ai-je dit, en raison de leur organisation et de la grande condition vitale à laquelle ils sont soumis, le système nerveux se prend avec une beaucoup plus grande facilité que chez les adultes, et les sympathies entrent bien plus tôt et bien plus vivement en jeu. Il en résulte que chez eux l'état général est souvent ce qu'il y a de plus saillant ; il domine la scène et absorbe toute l'attention du médecin. Lorsqu'il en est ainsi, tout en prenant en considération l'état local, le médecin doit chercher à combattre cet état hypersthénique général, ou bien, dans d'autres cas, cet état fébrile intense qui prend naissance à propos de lésions locales fort variables en intensité, et souvent même sans qu'il en existe de bien caractérisées. N'y a-t-il pas dans la considération de ces phénomènes

de précieuses indications pour guider le médecin dans l'application des agents thérapeutiques ? Dans quelques cas, l'état général est tout, et la lésion locale rien ou peu de chose; alors c'est contre le premier qu'il faut agir avec énergie, et souvent négliger le second.

4° *Des maladies antécédentes.* — Lorsqu'une maladie vient à se développer chez un enfant pendant la convalescence d'une autre, ce qui est loin d'être rare, l'affection nouvelle trouve le jeune sujet déjà affaibli, et par conséquent moins capable de résister et à la maladie elle-même et aux moyens débilitants qu'on pourrait mettre en usage pour la combattre; il faut donc n'employer ces derniers qu'avec réserve : ces règles doivent surtout être rigoureusement observées dans la convalescence des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde, parce que la débilité des jeunes sujets y est beaucoup plus caractérisée qu'à la suite des autres maladies, et a, en quelque sorte, quelque chose de spécifique. Lorsque l'affection nouvelle se développe chez un enfant scrofuleux ou tuberculeux, c'est alors encore qu'on doit être très réservé sur l'emploi de certains agents thérapeutiques qui, en affaiblissant les enfants, contribuent encore à augmenter la condition générale sous l'influence de laquelle se développe ce produit morbide.

5° *L'état aigu ou chronique de la maladie.* — Dans le premier cas, on pourra insister avec beaucoup plus d'avantages sur les émissions sanguines, révulsifs, etc., etc., tandis que dans le second ce sera quelquefois tout le contraire, et on devra plutôt chercher à tonifier les jeunes sujets pour leur permettre de résister à l'influence débilitante d'une longue maladie.

6° *L'époque de la maladie à laquelle on est arrivé.* — Il est incontestable que, chez les enfants, plus tôt on pourra combattre une maladie, une phlegmasie, par exemple, plus on aura d'espérance de s'en rendre maître, sans en avoir toutefois la certitude; cependant, si on n'est appelé qu'à une époque plus éloignée du début, on devra toujours agir, mais avec plus d'énergie; mal-

heureusement, si bien dérigés et si actifs que soient alors les moyens de traitement, ils sont le plus souvent suivis d'insuccès. A l'hôpital des Enfants malades de Paris, la mortalité des affections aiguës est représentée par un chiffre infiniment plus élevé que celui des malades de la ville. Pourquoi cela? C'est que très souvent les enfants ne nous sont amenés que lorsqu'ils sont malades depuis plusieurs jours; les parents n'y font attention que lorsque l'affection a acquis un haut degré d'intensité et semble compromettre la vie de leurs enfants : alors ils les font admettre, et on ne leur a souvent fait subir, avant leur entrée, aucun traitement. Que de pneumonies parvenues à un degré très avancé ont ainsi échoué contre les agents thérapeutiques les plus énergiques : saignées, vésicatoires, contro-stimulants! etc., etc. Que d'enfants j'ai vus ainsi succomber le jour même où le lendemain de leur entrée à l'hôpital!

6° *Les causes appréciables.* — Lorsque la maladie paraît développée sous l'influence d'une cause externe, du froid, par exemple, on peut espérer davantage et insister avec plus d'énergie sur les moyens actifs; tandis que si la cause est interne, s'il s'agit, par exemple, de ces phelgmasies nombreuses qui suivent la rougeole et la scarlatine, telles que les bronchites, les pneumonies lobaires et surtout lobulaires, les ophthalmies, etc., etc., les moyens antiphlogistiques réussissent beaucoup moins que si la maladie était franche. A plus forte raison encore quand il s'agit de ces inflammations qui sont liées à l'existence de tubercules; ici on peut presque assurer d'avance que non-seulement les antiphlogistiques seront sans influence favorable, mais souvent même qu'ils contribueront à accélérer le terme fatal de la maladie.

7° *Le traitement qu'ont subi antérieurement les jeunes malades.* — Ainsi, lorsqu'on saura qu'une pneumonie, par exemple, aura déjà été traitée par des émissions sanguines générales ou locales, on sera réservé sur leur emploi, et on insistera alors sur les vésicatoires. De même, si cette phlegmasie a été traitée par la

méthode contro-stimulante, on prescrira le tartre stibié à la dose à laquelle on sait qu'il a été administré et qu'il y a eu tolérance. Lorsqu'on aura à traiter un enfant débilité par des agents thérapeutiques énergiques, il faudra souvent cesser complétement cette médication pour en employer une tout opposée et relever les forces des jeunes malades.

Action des agents thérapeutiques. — Il est difficile d'établir quelques règles générales à cet égard chez les enfants. On observe chez eux, de même que chez les adultes, les plus grandes différences. Tel médicament, l'opium, par exemple, est supporté très bien par un enfant de 5 ans, qui chez un autre du même âge, et en apparence de la même force, détermine des accidents, le narcotisme. Si certains enfants peuvent supporter des doses assez fortes de quelques médicaments, il est bien loin d'en être toujours ainsi, et quelquefois des quantités très faibles déterminent des accidents. Je crois donc que, dans la thérapeutique des enfants, on doit poser en principe qu'il faut toujours sonder le terrain et commencer par des doses très faibles lorsqu'il s'agit de médicaments énergiques.

Tels sont les principes généraux qui doivent guider le médecin dans la thérapeutiques des enfants; je vais maintenant passer en revue les principales médications, et étudier leur influence sur les maladies du jeune âge.

Médication antiphlogistique. Émissions sanguines. — L'emploi des émissions sanguines dans les maladies des enfants n'est point une méthode admise par tous les médecins. Nous devons, à cause de cela surtout, considérer à part les saignées générales, et les émissions sanguines locales à l'aide de sangsues ou de ventouses scarifiées.

Saignées. — C'est surtout la saignée qui est proscrite par beaucoup de praticiens, surtout lorsque les enfants n'ont pas atteint et dépassé l'âge de 12 ans. On objecte, non sans raison, qu'elle débilite les enfants et qu'elle les jette dans un état anémique tel, qu'il peut seul suffire à les faire succomber, ou qu'il

favorise le développement de diverses maladies secondaires. Cela est certainement vrai dans beaucoup de cas, surtout lorsqu'on a affaire à des enfants que leurs antécédents prédisposent à l'affection tuberculeuse; mais ce n'est pas une raison pour les proscrire toujours. Voici les cas dans lesquels j'ai vu M. Guersant père les employer, et où elles ont certainement contribué à la guérison de la maladie. Chez les enfants de tout âge, mais surtout depuis 4 ou 5 ans jusqu'à 15, le développement d'une phlegmasie franche, telle qu'une pneumonie ou une pleurésie survenant au milieu d'une bonne santé et chez des enfants fortement constitués, accompagnée d'une forte réaction fébrile, de chaleur à la peau, etc., on se trouve très bien d'une saignée pratiquée au début; on peut y revenir une seconde fois si l'état général n'a pas été amélioré et si la fièvre n'a pas un peu diminué; rarement on doit y revenir une troisième fois; et si la maladie persiste, il vaut mieux alors employer les saignées locales.

Lorsqu'il survient chez ces enfants, placés dans les mêmes conditions que les précédents, une bronchite aiguë un peu étendue, et donnant lieu à une grande gêne de la respiration, ou bien une pneumonie lobulaire, une saignée générale, même chez des jeunes sujets de 5 à 6 ans, diminue ordinairement la dyspnée et l'intensité du mouvement fébrile.

Une amygdalite sans fausses membranes et accompagnée d'une forte fièvre, présente encore la même indication.

Il en sera en général de même de toute phlegmasie aiguë donnant naissance à une forte réaction. On ne doit en général faire qu'une seule saignée; en y revenant, on courrait le risque de trop débiliter les jeunes sujets. Toutefois, si dans plusieurs phlegmasies aiguës avec fièvre violente on se trouve bien chez les enfants d'une saignée, il est loin d'en être toujours de même. Ainsi cette phlegmasie, ce qui est très fréquent, est-elle liée à une maladie plus générale dont elle n'est qu'un des éléments, telles que la rougeole, la scarlatine, la variole, etc., etc., la saignée générale aura plutôt des inconvénients que des avantages.

car ces maladies ont déjà pour effet d'exercer une influence débilitante particulière sur l'organisme. Bien que la saignée générale ne soit pas toujours suivie de succès, M. Guersant pense que dans les pneumonies lobulaires développées même chez de très jeunes enfants, on doit les employer, mais avec réserve de préférence aux sangsues.

Lorsque cette phlegmasie sera sous la dépendance d'une affection tuberculeuse, on devra éviter les saignées générales. Il en sera de même chez les jeunes sujets faibles, débiles, et qui présentent les caractères d'une constitution lymphatique.

On peut établir en principe que chez les enfants la saignée doit être peu employée dans les affections cérébrales. M. Guersant préfère dans ces maladies les émissions sanguines locales. La quantité de sang qu'on doit tirer aux enfants est de une à deux palettes chez les enfants de 5 à 10 ans, et de deux à trois de 10 à 15. Je le répète encore une fois, on doit se borner le plus souvent à une saignée, et n'arriver à deux que si la réaction fébrile est très forte. On voit d'après tout cela que, dans une même phlegmasie, la pneumonie aiguë, par exemple, il peut y avoir des indications bien différentes sous le rapport de la saignée. Ainsi ce moyen, bon chez des enfants de 10 à 15 ans, surtout bien constitués, bien portants antérieurement, et atteints de cette phlegmasie franchement développée, est plutôt nuisible chez ceux qui sont faibles, délicats, placés antérieurement au milieu de conditions hygiéniques défavorables, ou dans la convalescence d'une autre maladie, ou chez ceux qui ont une pneumonie compliquant une fièvre éruptive, ou encore chez ceux qui présentent cette phlegmasie liée à une affection tuberculeuse.

J'ai publié il y a plusieurs années, dans les *Archives générales de Médecine*, l'histoire d'une jeune fille de 13 ans, atteinte d'une pneumonie lobulaire double compliquant une rougeole, et qui fut traitée par les saignées coup-sur-coup (6 saignées en 4 jours, 4 les 2 premiers). La pneumonie céda, mais la malade resta dans un grand état de faiblesse, et un jour les bronches s'en-

gouèrent de mucosités, et la malade succomba. L'autopsie nous révéla les traces de la pneumonie à un état de résolution presque complète. Je ne mets pas en doute l'influence de l'affaiblissement profond de l'organisme sur la rapide terminaison fatale.

En résumé, lorsqu'on emploiera la saignée chez les enfants, on devra toujours le faire avec la plus grande modération, et avoir présent à l'esprit la possibilité du développement d'un état anémique dont on les sortira difficilement, et qui pourra engendrer des maladies secondaires plus ou moins graves et fâcheuses.

Émissions sanguines locales (Sangsues et ventouses). — Occupons-nous d'abord des sangsues. Considérées d'une manière générale, les saignées locales modérées ont peut-être moins d'inconvénients que les précédentes ; mais quand elles sont abondantes et immodérées par défaut de surveillance, elles deviennent plus dangereuses que les saignées générales dont on peut toujours mieux apprécier la mesure.

Chez tous les enfants, mais spécialement chez ceux qui sont très jeunes, ceux qui ont la peau fine, délicate, une constitution lymphatique, ou bien qui sont débilités par une mauvaise lactation, ou plus tard une alimentation insuffisante, ou encore par l'existence antécédente d'une autre maladie locale ou générale (fièvres éruptives, fièvres typhoïdes), les applications de sangsues peuvent être suivies d'accidents assez graves.

1° *Les hémorragies.* — Il se fait alors un suintement de sang continuel par les piqûres de sangsues, et on ne peut les arrêter qu'avec la plus grande difficulté. Il m'est arrivé souvent de ne pouvoir y parvenir qu'en introduisant et tournant dans la petite ouverture un crayon de nitrate d'argent.

Les applications de sangsues chez les jeunes enfants ou chez ceux qui présentent les conditions que j'ai citées, doivent être surveillées avec le plus grand soin. M. Guersant a vu des hémorragies mortelles résulter de ce qu'on avait négligé de surveiller l'application de quelques sangsues. J'ai observé en 1840, dans son service, une jeune fille de 6 ans, fortement constituée, et parvenue

au sixième ou septième jour (ce qu'on ne put savoir au juste) d'une fièvre typhoïde. Les douleurs abdominales étaient assez vives. M. Guersant fit appliquer 5 sangsues sur la région ilio-cœcale. Elles furent mises à 4 heures du soir; à 8 on crut les arrêter, mais elles ne le furent pas, et on n'y songea plus. Le sang coula toute la nuit, et à la visite nous trouvâmes la jeune enfant, encore peu malade la veille, pâle, exsangue, et dans un état de faiblesse tel, qu'elle ne pouvait même plus soulever les bras; elle succomba dans la journée. Ces exemples pourraient être multipliés; je me contente de celui-ci. Sans être aussi considérables, les hémorragies peuvent cependant être assez fortes pour déterminer un état anémique, toujours fâcheux chez les enfants, et qui, prenant naissance facilement et rapidement, est cependant très difficile à combattre.

Les piqûres de sangsues peuvent s'enflammer, s'ulcérer, et on les a même vues quelquefois se gangréner. Ces accidents sont toujours très fâcheux. Les saignées locales sont utiles dans beaucoup de maladies. Dans un certain nombre, les praticiens diffèrent d'opinion sur leur opportunité, dans d'autres, elles sont décidément nuisibles.

Nous examinerons successivement ces cas divers. Dans toute phlegmasie locale, franche, aiguë, l'indication des saignés locales est positive. Ainsi, pour les pneumonies, pleurésies, bronchites, péritonites, entérites, entéro-colites, angines, ophthalmies, otites, etc., etc., elles sont indiquées, et leur nombre doit être proportionné à l'âge et à la force des jeunes sujets, ainsi qu'à l'intensité de la maladie; on ne doit pas craindre d'y revenir plusieurs fois, tout en se gardant cependant de trop affaiblir les enfants.

Lorsqu'il existe dans un point une douleur très vive, il y a encore indication d'appliquer quelques sangsues. Il en est de même dans le rhumatisme articulaire aigu, maladie très rare chez les jeunes enfants. Lorsqu'une articulation se prend et se tuméfie, on doit, après avoir fait une saignée générale s'il y a un mouvement fébrile intense, appliquer des sangsues.

Lorsqu'on voit se développer un trouble fonctionnel un peu intense d'un organe, sans qu'on puisse le rattacher à quelque lésion de tissu de ce même appareil, on se trouve quelquefois très bien de l'application de quelques sangsues.

Dans les affections cérébrales, c'est une pratique en quelque sorte vulgaire que de faire appliquer des sangsues à la base du crâne et spécialement aux apophyses mastoïdes, et certes on s'en trouve souvent très bien. Le grand nombre d'accidents cérébraux sont dus chez les enfants à une congestion encéphalique, et la vive injection qui coïncide presque toujours avec des convulsions peut être invoquée comme une des preuves de la réalité de cette cause. On conçoit dans ce cas l'utilité qu'on peut retirer des saignées locales combinées avec l'emploi des dérivatifs.

Cette congestion sanguine du système sanguin encéphalique est manifestement la cause fréquente d'un certani nombre d'accidents cérébraux ; mais, dans un grand nombre de cas, peut-être dans le plus grand, elle n'est elle-même que la conséquence d'une lésion organique du cerveau ou de ses membranes, bien autrement importante : je veux parler des tubercules qui peuvent se développer dans ces parties et spécialement dans le pie-mère, ainsi que de l'inflammation aiguë ou chronique qui en est le résultat. Et voilà une cause permanente de stimulation, et c'est sous son influence que se développent fréquemment ces congestions sanguines ou séreuses qui sont la cause des convulsions, etc., etc. Dans ce cas, la saignée locale est employée pour combattre ces accidents, et quelquefois elle les fait cesser ; mais le plus souvent elle reste sans effet, car il y a une cause permanente, une altération organique qui agit sans cesse comme stimulant. Voici la cause pour laquelle les sangsues sont presque toujours si inutiles dans la maladie des enfants à laquelle on donne assez vulgairement le nom de fièvre cérébrale, puisqu'elle est due au développement d'une inflammation de la pie-mère (méningite), et que cette inflammation est elle-même liée à des granulations tuberculeuses de la pie-mère. Ici, il devient très important d'établir

un diagnostic précis. Si la considération des antécédents et de l'état actuel des jeunes malades porte à admettre une méningite tuberculeuse, il sera à peu près inutile de les épuiser en revenant sans cesse sur les saignées locales; dans le cas contraire, l'insistance sera avantageuse. Je dois dire ici que la question de savoir si une affection cérébrale est tuberculeuse, ou non, est souvent fort difficile à résoudre. Lorsqu'il existe manifestement dans quelque autre point de l'économie des tubercules, cela est possible; mais souvent ces tubercules sont tellement peu avancés, qu'on ne peut les reconnaître et qu'on reste dans le doute. Il faut alors s'appuyer sur l'expérience et sur les observations antérieures, qui ont appris que dans les neuf dixièmes des cas les affections cérébrales des enfants sont de nature tuberculeuse. On l'admet, mais seulement par analogie. On voit, d'après ce qui précède, combien le praticien doit être éloigné de pouvoir affirmer la guérison des accidents cérébraux par l'application des saignées locales; il peut quelquefois, mais non pas toujours, calmer des symptômes tels que le délire, les convulsions, etc., etc., mais non pas détruire la cause organique (méningite tuberculeuse) qui leur a donné naissance. Lorsque les accidents cérébraux sont la conséquence d'une maladie aiguë développée dans un autre point que le cerveau ou ses membranes, et telles que les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, de phlegmasies diverses, on se trouve en général bien de quelques sangsues appliquées à la base du crâne. On doit combiner ce moyen avec *les dérivatifs.*

Les convulsions et les accidents cérébraux sont quelquefois la conséquence de l'état anémique, de l'épuisement dans lequel sont les jeunes enfants. Il est de la plus haute importance de bien établir le diagnostic de cas pareils, car la soustraction de nouvelles quantités de sang donnerait aux accidents une intensité nouvelle. On peut, du reste, presque toujours établir ce diagnostic par la considération de l'état général des jeunes sujets, et des circonstances antécédentes au milieu desquelles ils viennent d'être placés.

Les fièvres éruptives sont souvent compliquées de phlegmasies diverses. La bronchite, la pneumonie, sont les plus fréquentes; on peut observer des entérites, des ophthalmies, etc., etc.

Les saignées locales sont-elles alors avantageuses? C'est l'opinion la plus générale : la plupart des praticiens conseillent de les combattre et de les poursuivre, comme si elles étaient franches, par des émissions sanguines locales. J'avoue qu'une observation longue et attentive, à l'hôpital des Enfants, ne me permet en aucune manière de partager cette opinion. Ces phlegmasies empruntent de la maladie générale qui leur a donné naissance un caractère particulier, une sorte de spécificité, qui leur donne quelques autres caractères que ceux qu'elles auraient eus si elles étaient franchement développées, et fait qu'elles résistent beaucoup plus aux saignées locales, qui n'ont alors quelquefois pour effet que d'épuiser les jeunes enfants sans déterminer la résolution de la maladie. Je crois donc que dans ces sortes de phlegmasies on doit être très réservé dans l'emploi des émissions sanguines, ne pas trop les multiplier, et ne les prescrire que lorsqu'il existera un trouble fonctionnel intense de l'organe malade : telle est, par exemple, une forte dyspnée; ou encore quand elle aura donné lieu à une fièvre violente. Je le répète, il faudra peu compter sur une heureuse influence.

Les ophthalmies qui compliquent si fréquemment les fièvres éruptives résistent très souvent aux sangsues; il faut des applications locales énergiques, telles que le nitrate d'argent et des révulsifs puissants.

Dans la fièvre typhoïde des enfants, surtout quand les jeunes sujets sont forts et bien constitués, on n'emploiera les sangsues que quand il existera des symptômes abdominaux intenses, ou quelques phénomènes cérébraux; mais il faudra toujours le faire avec modération.

Le développement des tubercules dans les divers organes de l'économie détermine souvent, à une certaine époque de leur existence, une phlegmasie. J'ai déjà dit quelques mots de la mé-

ningite tuberculeuse, et je n'y reviendrai pas; mais on observe aussi quelquefois des pneumonies tuberculeuses, des pleurésies et des péritonites de même nature. Dans ces cas divers, M. Guersant, à l'hôpital des Enfants, emploie ordinairement les saignées locales. Il est incontestable que ce moyen calme les accidents, diminue le trouble fonctionnel, la fièvre; mais il fait observer avec raison qu'il ne faut pas se faire illusion sur l'amélioration qui a lieu, car si elle est quelquefois définitive, elle ne l'est pas toujours, et le jeune enfant est souvent destiné plus tard à périr, soit par les progrès ultérieurs des tubercules, soit par le développement autour d'eux d'une nouvelle phlegmasie. Dans ces cas, toutefois, on doit employer les sangsues, mais avec modération, afin de diminuer la réaction fébrile et de pouvoir ensuite tenter d'autres médications. Il est à peu près inutile de chercher à combattre par des saignées locales l'entérite tuberculeuse. On trouve quelquefois cependant, mais rarement, des ulcérations tuberculeuses cicatrisées, ou en voie de l'être; c'est alors la nature, et non pas l'art, qui a amené cette guérison.

Ventouses scarifiées. — M. Guersant les emploie maintenant le plus possible à l'hôpital des Enfants, et j'espère qu'un temps viendra où, chez les jeunes sujets, on les préférera dans beaucoup de cas aux sangsues. Elles ne présentent pas, en effet, les mêmes inconvénients à redouter sous le rapport des hémorragies, des ulcérations, etc., et leur application est plus facile et moins douloureuse. Elles ne peuvent toutefois être employées chez les jeunes sujets très maigres. On les prescrit absolument dans le même cas que les sangsues pour les maladies de la poitrine et de l'abdomen. Il faut nécessairement avoir recours à ces dernières lorsqu'on veut faire une saignée locale à la base du crâne. J'ai vu M. Jadelot les remplacer avec avantage dans quelques cas par une saignée d'une des veines jugulaires; je ne puis parler de ce moyen, que j'ai eu très rarement occasion de voir employer.

(*La suite au prochain numéro.*)

REVUE RÉTROSPECTIVE.

DE LA PLEURÉSIE DANS L'ENFANCE.

Thèse de M. BARON, interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or), **membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation. Analyse par le docteur VANIER.**

M. Baron m'ayant associé, pendant une année entière, à l'examen de ses malades et à ses recherches d'anatomie pathologique chez les enfants, je ne pouvais mieux l'en remercier qu'en inaugurant, par l'analyse du travail auquel ces observations servent de base, la partie rétrospective de cette revue.

M. Baron envisage la pleurésie dans cette période de la vie qui s'étend depuis la naissance jusqu'à la quinzième année.

Cette monographie doit attirer l'attention des praticiens. Elle résulte de plusieurs centaines d'observations, recueillies par M. Baron père à l'hospice des Enfants-Trouvés, et par M. Baron fils à l'hôpital des Enfants-Malades.

Cette affection, dont la description est si courte dans les ouvrages relatifs aux maladies de l'enfance, l'auteur l'a vue sous toutes ses faces, et il l'a décrite d'une manière si complète, que la matière en est comme épuisée.

Nous ne suivrons point pas à pas la marche qu'il s'est tracée; et, fidèle à nos principes, nous extrairons de ce travail ce qui s'adresse directement aux praticiens. Nous ajournerons les autres parties; elles trouveront leur place dans les généralisations, dont le but sera de faire réagir les uns sur les autres les faits d'observation, stériles dans leur isolement, et de faire naître de leur signification collective des indications pour la pratique. En conservant fidèlement le texte de l'auteur, nous maintiendrons exactement le sens de ses opinions.

Sans nous arrêter aux formes de cette vaste monographie, ni à ce qu'elle renferme de science et d'érudition, pénétrons au fond du sujet, et arrivons promptement à l'étude des causes, au

diagnostic et au traitement de ce cette maladie, tellement fréquente chez les enfants que, sur 403 autopsies, M. Baron a trouvé des traces de pleurésie 159 fois, c'est-à-dire dans plus du tiers des cas.

Nous commencerons cette analye par l'esquisse, aussi rapide que possible, de l'étiologie de cette affection. La connaissance des causes de la maladie peut devenir, dans les cas douteux surtout, un puissant élément de diagnostic et très souvent une source de précieuses indications.

Causes physiologiques. — 1° Influence de l'*âge*. Le fœtus n'est point à l'abri de cette affection (Billard, Véron). M. Cruveilhier cite un cas dans lequel la mère éprouva un frisson et une réaction fébrile intense, comme si elle-même eût été affectée de la pleurésie qui s'était déclarée chez son enfant. M. Baron père a vu cette maladie commencer presque avec la vie. Les différentes périodes de l'enfance ne présentent pas une égale disposition à la pleurésie. M. Valleix, qui a surtout observé les nouveau-nés, la regarde comme rare dans l'enfance; MM. Rilliet et Barthez la regardent comme très fréquente : ils ont tiré cette conclusion de leurs observations sur des sujets beaucoup plus âgés. De l'analyse de ces observations, dont l'ensemble embrasse toutes les périodes du jeune âge, M. Baron conclut que la pleurésie est beaucoup plus fréquente chez les enfants de 2 à 15 ans que dans les deux premières années de la vie. Sur 3,392 autopsies d'enfants de 1 à 2 ans, M. Baron a trouvé 205 pleurésies incontestables et 79 altérations pleurétiques probablement non inflammatoires. Sur 181 autopsies d'enfants de 12 à 15 ans, il a trouvé 158 pleurésies et 13 altérations pleurétiques. Quant à la fréquence comparative de la pleurésie aux différentes époques comprises entre le moment de la naissance et la quinzième année, elle débute plus souvent pendant les cinq premiers jours que pendant la période comprise entre le cinquième jour et le premier mois; elle diminue de fréquence après le premier mois jusqu'à la seconde année; de la seconde à la troisième année, elle est beaucoup plus fréquente

que de la troisième à la quatrième, et surtout de la quatrième à la cinquième. Elle est plus rare encore pendant les années qui suivent, principalement entre la treizième et la quatorzième année.

2° Influence du *sexe*. Ce n'est qu'aux approches de la puberté que l'on commence à saisir, dans la plupart des maladies, quelques modifications dépendantes du sexe. Quant à la pleurésie, M. Baron l'a observée plus fréquemment chez les enfants mâles.

3° Influence de la *constitution*, de la *santé habituelle*. Le plus grand nombre des enfants observés par M. Baron étaient de complexion grêle et délicate : faiblesse originelle acquise, souvent héréditaire; petite taille, membres grêles, mauvaise alimentation, manque de soins, etc. Chez quelques-uns, degré plus ou moins avancé de marasme. Dugès avait remarqué déjà que la maigreur prédispose à la pleurésie. La déformation rachitique de la poitrine ne paraît pas avoir une influence notable, tandis que la position qu'affectent continuellement les enfants peut avoir une certaine influence sur le développement de la pleurésie; c'est aussi l'opinion de M. Lanoix.

Causes pathologiques. Influence des *maladies antérieures*. Les maladies qui peuvent se compliquer de pleurésie sont les suivantes : 1° La *pleurésie* elle-même se fait remarquer par des récidives, plus souvent chez les sujets de la seconde enfance, surtout chez les tuberculeux, que chez ceux de la première; mais ces récidives ont semblé à M. Baron dépendre plutôt de l'état général, de la constitution du sujet, ou de l'état des autres organes, du poumon surtout, que de pleurésies antérieures.

2° La *pleurésie passive*, qu'il faut admettre chez les enfants comme la pneumonie passive, congestion qui se manifeste par les signes physiques d'un épanchement pleurétique, sans symptômes de réaction inflammatoire, peut devenir cause de la pleurésie.

3° L'influence de la *pneumonie* sur la formation de la pleurésie est marquée par la coïncidence fréquente de l'inflammation

de la plèvre avec celle du poumon. C'est chez les enfants nouveau-nés que l'on rencontre le plus souvent la pleurésie sans pneumonie, et c'est chez ceux d'un mois à un an que cette pleurésie simple est le plus rare. M. Baron a rencontré la pleurésie aussi souvent chez les enfants de deux à six ans que chez ceux de six à quinze. *Lorsque la pneumonie a peu de durée, il est rare,* dit M. Lanoix, que *les plèvres soient enflammées; mais lorsque la maladie a pris une marche chronique, le contraire s'observe.* M. Baron n'a pas trouvé, sous le rapport de la complication pleurétique, une différence aussi considérable que le prétend M. Lanoix entre la *pneumonie chronique* et cette même maladie à l'état aigu.

4° La pneumonie terminée par vomique (*abcès de poumon*) paraît avoir déterminé, dans certains cas, le développement de la pleurésie. MM. Rillet et Barthez en ont cité deux cas, M. Baron père en a rencontré quatre.

5° *Gangrène du poumon.* Dans deux cas de gangrène de la plèvre observés par M. Baron père, le poumon ne présentait de gangrène en aucun point. Quelquefois, au contraire, la gangrène envahit le poumon et la plèvre; M. Taupin en cite un exemple.

6° *Apoplexie pulmonaire.* Constant rapporte un cas de coïncidence de cette apoplexie avec la phlegmasie de la plèvre. M. Baron n'en a observé qu'un seul dans lequel il n'y eut ni pneumonie, ni tuburcules.

7° *Infiltration du poumon.* Souvent elle coïncide avec un simple épanchement séreux ou séro-sanguinolent. Les pleurésies qui coïncident avec un œdème aigu des poumons survenu pendant le cours de la maladie de Bright, sont plutôt l'effet d'une cause commune que le produit l'un de l'autre.

8° La pleurésie peut précéder la *bronchite;* l'inverse a lieu plus souvent; le plus fréquemment alors, mais non toujours, la pneumonie est l'intermédiaire de transmission entre la bronchite et la pleurésie. Il en est ainsi de la bronchite, soit vésiculaire, soit capillaire, et de la trachéo-bronchite pseudo-membraneuse.

9° *Laryngite pseudo-membraneuse* (croup). En parlant de la complication du croup avec les pleuro-pneumonies, M. Guersant dit qu'elle est *très fréquente*.

10° La *laryngite simple* et la *laryngite striduleuse* se compliquent quelquefois de pleurésie.

11° Lorsque la *coqueluche* se complique de pleurésie (Billard, Lemoine), ordinairement il y a en même temps pneumonie. M. Cayol a vu un cas dans lequel la pneumonie ne coexistait pas.

12° L'*asthme aigu* de Millar peut se compliquer, sinon de pleurésie, au moins d'une altération qui s'en rapproche.

13° Pendant la durée de l'*asthme chronique* (emphysème pulmonaire), la pleurésie peut survenir chez les enfants.

14° Le *coriza* peut s'accompagner de pleurésie chez les jeunes enfants. M. Baron père, M. Dechaux et Billard en ont rencontré des exemples.

15° Les *tubercules pulmonaires* constituent par leur influence la cause pathologique la plus fréquente de pleurésie; chaque semaine on en rencontre des exemples à l'hôpital des Enfants. Il s'agit ici des tubercules proprement dits, surtout lorsqu'ils sont déjà ramollis. Plus fréquemment on trouve des adhérences générales avec des cavernes qu'avec des tubercules encore à l'état de crudité. Quant aux granulations, elles existent fréquemment sans la moindre lésion dans la plèvre. La *pleurésie tuberculeuse* est très rare avant la première année. C'est entre la première et la quatrième qu'elle est le plus fréquente. Elle est plus rare de la septième à la huitième, de la neuvième à la onzième et de la quatorzième à la quinzième.

16° L'influence de la présence de *tubercules dans les ganglions bronchiques* et dans les médiastins sur la production de la pleurite reste douteuse.

17° Les *abcès des médiastins*, foyers purulents, tuberculeux ou non tuberculeux, ont été, dans des cas observés par M. Baron, la cause manifeste du développement de la pleurésie.

18° La *péricardite* et la cardite peuvent suivre la pleurésie ; l'inverse peut aussi avoir lieu.

19° *Inflammation des parois thoraciques.* M. Baron père a observé chez un enfant âgé de 4 jours une pleurésie consécutive à l'enflure de la peau, du tissu cellulaire et des muscles des parois de la poitrine, inflammation déterminée par une piqûre de sangsue.

20° De ce que l'existence de la pleurésie avec les *affections des voies digestives* est assez fréquente, M. Baron ne croit pas que l'on soit en droit de conclure que, dans ce cas, l'inflammation du tube digestif soit la cause de celle de la plèvre.

21° *Gangrène de la bouche.* M. Baron père a observé de fréquents exemples de cette complication. M. Taupin a rencontré constamment, chez les sujets morts d'une stomatite gangréneuse, soit une pleurésie, soit une pneumonie. M. Baron père n'a trouvé aucune trace de pneumonie chez une petite fille de huit jours, morte de gangrène de la bouche, avec pleurésie générale.

22° *Angine couenneuse et gangréneuse.* La stomatite couenneuse, la gangrène du pharynx et de l'œsophage et l'inflammation pseudo-membraneuse du pharynx (Toursaint et Constant), peuvent se compliquer de pleurésie.

23° Le *muguet*, dans beaucoup de cas, coïncide avec la pleurésie. M. Baron fait remarquer qu'il ne signale ici qu'une relation de coïncidence.

24° La pleurésie est une des maladies que l'on a attribuées à la présence des vers dans le canal intestinal chez les enfants. Quercetant parle de la *pleurésie vermineuse ;* Bianchi et Schenek de la *pleurésie stomacale.* M. Baron n'a rencontré qu'un petit nombre de fois la coexistence des vers et de l'inflammation pleurale. Il ne croit pas à l'influence de la présence des vers sur le développement de la pleurésie.

25° Influence des *affections du foie.* J'ai vu, dit M. Baron, une pleurésie se déclarer chez quelques enfants affectés d'une

maladie du foie, mais il ne parut y avoir chez eux aucune relation de causalité entre ces deux maladies. En nous reportant au tableau des lésions concomitantes mentionnées par M. Baron, nous trouvons : Hépatite, 2 fois; cyrrhose, 3; congestion du foie, 1; carnification, 3; granulation, 2. Ces altérations du foie coïncidaient-elles plus souvent avec la pleurésie du côté droit? Nous ferons la même question pour la pleurésie du côté gauche, à propos des sept cas de granulation de la rate que M. Baron a rencontrés. Cette manière de poser la question d'influence contribuerait à en amener la solution. M. Baron cite une observation du docteur Matew Baillie. Il s'agit d'une affection tuberculeuse du foie qui détermina chez une jeune fille âgée de 17 ans l'inflammation ultérieure du diaphragme et l'épanchement d'un quart de litre de sérosité dans le côté droit de la poitrine. Dans ce cas, la relation de causalité s'explique par la continuité de l'altération. La question n'est donc pas la même que dans le cas où il n'y a pas continuité visible d'altération.

26° L'*ictère* se rencontre avec la pleurésie; mais très souvent il existe sans l'inflammation de la plèvre.

27° La *péritonite* coïncide fréquemment dans l'enfance avec la pleurite.

28° La *maladie de Bright* se trouve, chez presque tous les enfants qui en sont affectés, accompagnée de quelque altération de la plèvre, soit d'un simple épanchement, soit d'une pleurésie manifeste. Quelquefois l'épanchement précède l'inflammation de quelques jours.

29° Certaines *affections de l'encéphale* (méningite, hydrocéphale) se rencontrent avec la pleurésie sans en être la cause.

30° Les *anasarques*, œdèmes essentiels avec ou sans albuminurie, se rencontrent avec la pleurésie; ainsi on la trouve chez des nouveau-nés œdémateux. Il est probable que ces deux maladies sont les effets d'une même cause.

31° Il en est de même de *l'induration du tissu cellulaire*.

mais M. Valleix a noté de simples épanchements séreux ou séro-sanguinolents plus fréquemment que de véritables pleurésies.

32° Les *affections gangréneuses*, dans toutes leurs formes, semblent avoir une certaine influence sur le développement de la pleurésie.

33° Les *maladies de la peau*, les exanthèmes aigus surtout, se compliquent très fréquemment de pleurésie, rarement pendant l'incubation, souvent pendant l'éruption ou à son déclin (Cruveilhier), enfin un peu moins fréquemment après l'éruption, lorsque la peau reste sèche et inapte à remplir ses fonctions. La *rougeole* est de tous les exanthèmes celui dans lequel cette complication est le plus fréquente. C'est là une vérité confirmée par les observations de MM. Baron père, Léger, Rillet et Barthez, Boudin, Dechaux, Gardien, Rayer, Valentin, Clarion. La *scarlatine*, lorsque les enfants succombent, est fréquemment accompagnée d'un épanchement séro-sanguinolent (Dance, Guillemaut), et dans certains cas, d'une véritable pleurésie, qui survient pendant la période de desquamation (Laplace). M. Rayer l'a rarement rencontrée. Cet exanthème est une cause de pleurésie, soit immédiatement, soit médiatement par l'intermédiaire de la maladie de Bright qui la suit. Dans la variole, la pleurésie survient assez fréquemment (Clarion, Richard, Cazenave et Schedel, Constant, MM. Baron); c'est pendant la période de suppuration de cette éruption (Gocherand). La pleurésie a été observée dans le cours de la *varioloïde*, de la *varicelle*, de la *vaccine*. Des cas de ce genre ont été observés notamment dans le service de M. Baron père.

34° Les *affections cutanées chroniques*, si fréquentes chez les enfants, sont regardées comme ceuse de pleurésie. Lorsque cette phlegmasie se développe, ordinairement l'affection cutanée disparaît ou diminue. Dans bien des cas, cette disparition est l'effet et non la cause du développement de la phlegmasie intérieure. Cependant M. Baudeloque possède le fait d'une ichthyose congé-

nitale, traitée depuis quelque temps chez un jeune sujet par des moyens appropriés, et qui était presque complétement guérie lorsqu'il se développa chez lui une pleuro-pneumonie à laquelle il succomba. C'est principalement au farcin et à la gale répercutée que les auteurs attribuent le développement de la pleurésie. Il m'a paru que le développement de l'affection thoracique dépendait beaucoup plus de l'étendue et de la durée antérieure de la maladie cutanée que de son siége et de sa nature.

35° Les *affections scrofuleuses* prédisposent à la pleurésie, soit à cause de la présence des tubercules dans les poumons ou dans les médiastins, soit par l'effet de la complexion délicate.

36° *Affections rhumatismales.* Cette complication s'observe peu pendant la première enfance, où les affections rhumatismales sont rares.

37° *Scorbut.* M. Baron père a vu dans son service, en 1825, un exemple de cette coexistence chez une petite fille de 11 mois.

38° Les *affections chirurgicales*, les grandes opérations et la phlébite peuvent avoir pour conséquence l'inflammation des plèvres. M. Malespine a vu la pleurésie survenir à la suite de l'amputation d'un membre chez un enfant dont le poumon était tuberculeux; chez un autre, après plusieurs tentatives de lithotritie et deux incisions faites au canal de l'urètre; mais chez cet enfant le développement de la pleurésie a pu tenir à des refroidissements auxquels il s'exposait souvent.

39° M. Baron rappelle l'assertion d'Hippocrate, qui prétend que les enfants sujets à des *rapports acides* ne sont que très rarement affectés de pleurésie.

40° Quant à la *peur*, considérée comme cause de la pleurésie par M. Fleuriot, suivant lequel elle agirait *à la manière du froid*, M. Baron fait remarquer que cette cause de pleurésie, si elle était réelle, s'observerait plus souvent chez les enfants.

Influences extérieures. — 1° La *longueur du travail de l'accouchement*, surtout lorsque l'enfant reste longtemps au passage,

peut devenir une cause de pleurésie passive chez les nouveau-nés, car cette condition favorise l'exhalation sanguine dans la plèvre.

2° La *prédisposition héréditaire* s'observe rarement; il résulte cependant des recherches de M. Baron que la constitution délicate et l'état phthisique des parents a une certaine influence sur le développement de la pleurésie chez les enfants.

3° L'*allaitement*, lorsqu'il est imparfait et reçu d'une femme ayant une mauvaise santé, délicate ou enceinte, de même que l'allaitement au biberon, peut, en débilitant la constitution de l'enfant, prédisposer à la pleurésie.

4° Le *froid* et les alternatives de température ont une influence incontestable sur la production de cette maladie : chaque année, à l'hôpital, lorsque la gelée commence, on voit manifestement augmenter le nombre des pleuro-pneumonies. Il n'y a nul doute que le froid ambiant ne soit une des principales causes de la pleurésie des nouveau-nés. Parmi les enfants pleurétiques, un grand nombre ne sont vêtus que de haillons qui les couvrent imparfaitement; il sont logés dans des chambres humides ou très aérées et sans feu pendant l'hiver.

5° L'influence des *saisons* s'accorde avec ce qui précède. C'est en hiver que j'ai trouvé, dit M. Baron, la pleurésie plus fréquente; en automne et au printemps, saisons dans lesquelles les variations de température sont fréquentes et le froid quelquefois assez vif, le nombre des pleurésies est un peu moins grand que dans l'hiver; enfin, dans l'été, les pleurésies sont en moins grand nombre que dans les autres saisons. Pendant l'automne, et surtout pendant le printemps, une condition favorise encore le développement de la pleurésie : c'est le grand nombre de fièvres éruptives qui se manifestent alors, et qui sont assez souvent compliquées de l'inflammation des plèvres.

6° L'influence des *contusions*, de celles surtout qui ont lieu sur la poitrine avec compression, a été prouvée par des exemples,

Symptômes. Symptômes locaux.—1° *Douleur.* Chez les enfants du premier âge, le moyen d'arriver à connaître l'existence de ce symptôme, c'est d'exercer la percussion ou la pression, qui souvent, chez eux, réveillent la douleur et en font ainsi reconnaître le siége précis. Mais chez les nouveau-nés, le moindre contact immédiat donne lieu à un saisissement pénible; il faut donc, lorsqu'on exerce la percussion dans ce but, la pratiquer avec toutes les précautions nécessaires pour être en droit de penser que la douleur manifestée par l'enfant ne naît pas de la manœuvre, mais qu'elle est le résultat de cette manœuvre, réveillant et augmentant une douleur qui existe déjà. Ce réveil de la douleur, on le reconnaîtra à une simple grimace, à un mouvement de recul de la part de l'enfant, à un cri, à un gémissement dont le degré marquera l'intensité de la douleur. M. Baron donne le conseil de percuter d'abord le côté que l'on suppose être sain, parce qu'alors, en général, les enfants ne commencent à se plaindre qu'au moment où l'on arrive à la région douloureuse. Nous entrerons dans les détails à ce sujet lorsque, dans la pathologie générale, nous traiterons de la manière d'examiner les enfants malades. On observe encore chez l'enfant d'autres expressions de la douleur: telle est l'agitation; il faut être prévenu cependant que certains enfants, lorsque les mouvements sont douloureux, restent à peu près immobiles. Tels sont encore l'expression d'anxiété de la face, la respiration courte, les cris et les pleurs.

Le cri peut être bref ou long et facile; il est faible chez les jeunes enfants, quelquefois plaintif (Billard). Parfois un faible gémissement accompagne chaque expiration; quelquefois, cris continuels et insupportables. Rarement le cri est voilé dans la pleurésie simple. Les cris constituent un symptôme qui peut manquer. Chez les enfants plus âgés, parole faible, entrecoupée, difficile. Cette modification de la voix est l'effet, soit de la douleur, soit de la dyspnée. Les enfants assez âgés pour rendre compte de leurs sensations, accusent souvent la douleur. Je ne partage

pas, dit M. Baron, l'opinion de M. Berton, qui regarde ce symptôme comme rare dans l'enfance.

Le siége de la douleur varie : tantôt elle est derrière le sternum (1), tantôt latéralement, soit à la partie moyenne, soit à la partie inférieure du thorax; quelquefois au niveau ou au-dessous des fausses côtes, à l'épigastre, sur les épaules, derrière l'épaule du côté malade, et enfin dans le dos. M. Baron n'a point eu occasion de la trouver bornée aux régions mammaires. Il a vu, lorsque la pleurésie était double, la douleur plus forte du côté où l'autopsie démontrait l'existence d'une pleurésie moins intense.

Le caractère de cette douleur, chez les petits enfants, reste inconnu. La toux l'augmente, ainsi que les grandes inspirations, la percussion, plus rarement la pression.

2° La *dypsnée* est un symptôme que l'on apprécie chez l'enfant par la respiration courte, haute, s'exécutant avec soulèvement du thorax ou ampliation considérable de la paroi abdominale antérieure; il y a gonflement des veines du cou, teinte bleuâtre des lèvres, dilatation et resserrement alternatif des ailes du nez, expression de détresse de la physionomie, regard suppliant tourné vers les assistants, saillie des globes oculaires, écartement considérable des paupières, préhension convulsive des objets propres à servir de points d'appui. Cet ensemble de symptômes est quelquefois intermittent, périodique.

3° La *respiration*, ordinairement fréquente, varie de 30 à 100 par minute, selon l'âge de l'enfant. Chaque respiration très courte est séparée des autres par des intervalles relativement longs. Rarement il y a seulement soulèvement exagéré du thorax; plus souvent le mouvement d'ampliation des parois latérales est suppléé par celui du diaphragme; de là, chez les pleurétiques, exagération de la respiration abdominale. J'ai vu souvent, dit M. Baron, les côtes inférieures maintenues immobiles pendant une

(1) Sur cinq cas de douleur au niveau du sternum quatre fois l'autopsie révéla une double pleurésie.

contraction fortement abdominale, tandis que les autres côtes subissaient leur mouvement d'écartement ordinaire ; mais cette modification des mouvements respiratoires n'était pas propre à indiquer le point précis du mal, comme le pense M. Heurteloup.

4° La *toux* est le plus souvent fréquente et sèche ; dans la seconde enfance, quelquefois crachats muqueux ou salivaires. La toux est, selon les cas, courte, longue, par quintes, par secousses distinctes les unes des autres ; souvent petite, rarement violente ; parfois pénible, difficile. Dans la pleurésie vermineuse, elle est suffocative, comme dans la coqueluche (Sauvages).

6° La *dilatation du thorax* par l'action du liquide épanché n'a pas dépassé, dans les cas observés par M. Baron, un centimètre et demi. Elle est beaucoup plus fréquente à droite qu'à gauche (1). Rétrécissement de la cavité thoracique plus fréquent dans les pleurésies tuberculeuses que dans les pleurésies simples (Taupin). Cette déformation succède quelquefois à la pleurésie non tuberculeuse. Chez un garçon de quelques jours, observé par M. Baron père, respiration diaphragmatique à un haut degré ; de là, voussure de la partie antérieure du thorax, dépression de l'appendice xiphoïde. Après la terminaison de la maladie, persistance de la courbure du sternum. Même déformation quelquefois chez les nouveau-nés qui respirent par le diaphragme ; elle se produit plus facilement chez eux que chez les enfants plus âgés.

6° *Percussion du thorax.* La sonorité peut n'être pas altérée ou ne l'être que dans un petit espace, parce que souvent la quantité du liquide épanché est très peu considérable. Lorsque l'épanchement est abondant, le plus souvent la matité occupe la partie postérieure et inférieure de la poitrine. Quelquefois elle est bornée à la partie postérieure et supérieure. Elle peut être

---

(1) On sait que la mensuration du thorax donne ordinairement chez l'adulte, pour le côté droit, même à l'état physiologique, un centimètre de plus que pour le côté gauche. (*Note du Rédacteur.*)

circonscrite à la partie antérieure ou latérale, soit en haut, soit en bas, soit dans toute sa hauteur. Elle se propage ordinairement d'arrière en avant et de bas en haut, puis elle diminue et se retire dans l'ordre inverse. Comme la pleurésie, elle est plus fréquente à droite.

Souvent il y a matité à la partie postérieure, et diminution seulement de sonorité à la région antérieure.

La sonorité, au lieu d'être diminuée, sera augmentée, s'il y a pneumothorax. Il est important, afin de pouvoir diagnostiquer la matité et le son tympanique morbide, de connaître la sonorité relative des divers points de la poitrine : chez les enfants de 18 mois à 7 ou 8 ans, sonorité générale de la poitrine très grande; *sonorité puérile.* Elle est un peu plus faible chez les nouveau-nés que chez les enfants qui ont atteint la première ou la seconde année. En avant, elle est moindre qu'en arrière; moindre surtout à la région précordiale. Chez les nouveau-nés, les limites de la matité précordiale sont difficiles à assigner, parce que le cœur est presque toujours couvert par la partie antérieure du poumon gauche. C'est jusqu'à la septième côte à peu près, de haut en bas, que se prolonge la sonorité. A droite inférieurement, dans l'espace de 4 à 6 centimètres, la sonorité est un peu moindre que dans le reste de la région antérieure, à cause du foie qui, toujours volumineux chez les enfants, proémine plus ou moins dans la poitrine. A gauche, les limites de la sonorité normale sont moins fixes qu'à droite, à cause des fréquentes variations de volume de l'estomac et des intestins, déterminées par la répétition fréquente de la digestion stomacale chez les enfants et la dilatation si ordinaire chez eux des intestins par les gaz : *résonnance stomacale.*

En arrière, excepté en haut jusqu'à l'épine de l'omoplate, la sonorité est plus grande qu'en avant. Le niveau de la face supérieure du foie varie aux différentes périodes de l'enfance. Le diaphragme s'insérant, en arrière, à la douzième côte, la cavité

thoracique descend jusqu'au niveau de cette côte; mais il est rare que le poumon s'étende aussi bas : il en est empêché par le foie, dont la face supérieure forme, dans la cavité du thorax, une saillie d'autant plus grande que le sujet est plus jeune.

Le sommet de la face supérieure du foie, chez les enfants de quelques jours, remonte à une hauteur variable depuis la sixième jusqu'à la septième côte; chez les enfants de 2 à 4 ans, à une hauteur variable depuis la huitième jusqu'à la neuvième; chez les enfants de 9 à 12 ans, à une hauteur variable entre la neuvième et la dixième côte. Depuis le niveau du sommet du foie, la sonorité thoracique diminue, mais graduellement, à cause du prolongement de substance pulmonaire qui descend en arrière dans l'angle d'écartement compris entre la convexité du foie et la paroi du thorax. A gauche, la face supérieure du foie remonte, chez beaucoup de sujets, à la même hauteur qu'à droite, ce qui est dû au volume considérable de la portion gauche de cet organe. Le plus souvent le niveau du lobe gauche se trouve inférieur à celui du lobe droit de la hauteur d'un espace intercostal. (*La suite au prochain numéro.*)

L'espace nous manque pour compléter dans ce cahier, qui déjà dépasse les limites que nous nous sommes proposées, ce qui concerne les symptômes locaux de la pleurésie chez les enfants. Nous continuerons cette partie par les signes que fournissent l'*auscultation*, la *résonnance de la voix*, etc. Nous passerons ensuite aux symptômes généraux, puis au diagnostic différentiel de la pleurésie chez les enfants, et enfin au traitement.

Malgré le désir qui nous anime de ne suspendre que le plus rarement possible le cours de nos articles d'hygiène spéciale des enfants, nous sommes forcé d'ajourner au prochain numéro le commencement de ces études, aussi importantes à organiser pour le médecin qui les néglige que pour la famille qui les ignore.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MEDICALE.

Observations relatives à deux cas de perforation intestinale, et à l'influence probable des ascarides lombricoïdes sur leur production ; par Alfred BECQUEREL, docteur en médecine, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, lauréat des hôpitaux.

Les affections vermineuses étaient encore considérées, il n'y a pas vingt ans, comme jouant un rôle extrêmement important dans les maladies des enfants, et comme la cause d'un certain nombre d'états morbides certainement fort différents les uns des autres. Il n'est pas rare, du reste, de rencontrer un certain nombre de médecins qui n'ont pas eu occasion d'étudier les maladies des enfants, et qui invoquent à chaque instant les vers comme la cause des symptômes qu'ils observent. D'un autre côté, les études d'anatomie pathologique qui se font journellement à l'hôpital des Enfants ont permis de rectifier ces erreurs, ainsi qu'un grand nombre d'autres encore répandues dans le public, et relatives aux maladies de cet âge; et on peut certes considérer MM. Guersant et Jadelot comme étant ceux qui ont imprimé une bonne direction à la voie que l'on suit maintenant pour étudier les maladies du jeune âge. Tout en restreignant beaucoup cette influence accordée aux ascarides lombricoïdes dans les affections de l'enfance, elle ne doit pas toutefois être niée complétement. Sans doute on trouve très fréquemment à l'autopsie de jeunes sujets qui ont succombé aux maladies les plus diverses des ascarides lombricoïdes dans les intestins, mais le plus souvent ils n'ont donné lieu à aucuns symptômes appréciables; et, dans le plus petit nombre seulement, il est résulté des désordres fonctionnels particuliers ou des accidents plus ou moins graves. Ce n'est ici ni le lieu ni la place de faire une histoire des affections vermineuses, je veux seulement appeler l'attention sur une question bien débattue et fort obscure, qui est celle-ci : Les ascarides peuvent-ils perforer les parois intestinales pour pénétrer dans la cavité péritonéale ? Le défaut d'un appareil particulier à l'extrémité cervicale de ces helminthes si bas placés dans l'échelle animale a fait nier complétement la possibilité de cette perforation; mais cela ne suffit pas, et il fallut avoir recours aux faits pour décider la question.

Éliminons d'abord le plus grand nombre qui ont été cités en faveur de l'opinion favorable à la perforation ; ainsi ce sont des cas dans lesquels des ulcérations dépendantes d'une entéro-colite simple quelquefois, mais plus souvent d'une fièvre typhoïde ou d'une entérite tuberculeuse, ont amené la perforation des parois intestinales ; une fois la perforation produite, les matières existant dans l'intestin grêle peuvent alors passer dans la cavité du péritoine, et lorsqu'il s'y trouve des ascarides, ils traversent également l'ouverture produite, et il est incontestable qu'on ne devra leur attribuer aucun rôle dans la production de cette dernière. Mais on peut se demander s'il y a d'autres cas que ces derniers, et si, par exemple, il y a des circonstances dans lesquelles on trouve des ascarides lombricoïdes dans la cavité péritonéale (ayant déterminé ou non une péritonite aiguë), ce qui a lieu presque toujours, et en même temps une perforation que l'on puisse attribuer à ces animaux. Voici une observation qui semble favorable à cette dernière opinion. Elle est unique, et M. Guersant, qui a assisté à son autopsie (l'enfant a succombé dans son service), m'a dit n'en avoir pas observé de semblable dans le cours de sa longue pratique. Nous avons malheureusement manqué de renseignements suffisants pour l'histoire de ce jeune malade pendant sa vie ; malgré ces détails incomplets, son autopsie est tellement curieuse, que je crois devoir publier ici cette observation.

Obs. Ire. — Cordée Victor, jeune garçon âgé de 3 ans, né à Paris, est entré à l'hôpital des Enfants le 18 avril, pour une ophthalmie de médiocre intensité (conjonctivite) ; il était en même temps atteint d'un impetigo du cuir chevelu. — Il fut traité par du nitrate d'argent en solution (0,3 pour 30 grammes d'eau). Le 2 mai, cet enfant refuse de manger, se plaint du ventre ; on observe qu'il a la respiration gênée et de la fièvre. — Le 3, on le fait descendre dans le service des maladies aiguës, et je constate l'état suivant. Cet enfant est très pâle, faible. La peau est chaude ; le pouls, régulier, d'une force médiocre, bat 120 fois par minute. — La respiration est un peu gênée, et l'auscultation fait constater un peu de râle muqueux à la base des deux poumons, en arrière. — Dans la journée, il ne présente rien autre chose qu'une selle un peu liquide avec laquelle il rend à peu près 8 ou 10 ascarides lombricoïdes ; le soir à 4 heures, il meurt subitement.

L'autopsie, faite 36 heures après, permet de constater les lésions sui-

vantes : Au cuir chevelu et dans plusieurs points de la peau existent des traces de l'impetigo qu'on avait observé pendant la vie.

Thorax. — Les ganglions bronchiques sont sains; dans le poumon gauche existe une pneumonie marginale avec hépatisation de la partie postérieure du lobe inférieur de ce poumon; dans ce même lobe existent de plus quelques noyaux isolés d'hépatisation rouge (pneumonie lobulaire). Dans le poumon droit on constate seulement une congestion sanguine de la partie postérieure.

Les bronches contiennent quelques mucosités spumeuses; le cœur est sain; on trouve à droite quelques caillots rouges, mous et peu volumineux.

Abdomen. — Après l'ablation de la paroi abdominale, on aperçoit étendus et placés sur le mésentère, en bas et à droite, 5 ascarides lombricoïdes. Au-dessous d'eux, la partie correspondante présente seulement un peu d'injection du tissu sous-péritonéal, mais il n'y a aucune autre trace quelconque d'inflammation.

L'appendice iléo-cœcal est perforé justement à l'extrémité : c'est une ouverture arrondie qui étrangle complétement 2 ascarides, un sort aux 2/3, l'autre au 1/3 ; ils sont tellement comprimés et étranglés par cette ouverture circulaire, que pas une goutte de liquide ne pourrait sortir de l'intestin. Du reste, il n'y a nulle part la moindre trace d'inflammation. 3 lombrics existent dans l'épliploon gastro-colique, et ils y ont vraisemblablement pénétré par l'hiatus de Winslow, comme le démontre l'insufflation qui distend l'endroit où ils sont placés.

L'estomac est sain ; les intestins grêles également, ils sont pâles ; la muqueuse a sa consistance normale : dans sa cavité existent 24 lombrics de volume divers ; le cœcum en contient 5 ou 6 de ces 24 ; il communique librement avec l'appendice iléo-cœcal que je puis retourner comme un doigt de gant. En examinant la perforation avec soin, et à l'intérieur, et en retournant l'appendice comme je viens de le dire, on constate que la perforation n'est pas due à une ulcération, mais peut être considérée plutôt comme une véritable usure; les bords de cette ouverture sont amincis ; les gros intestins sont éga ement sains. Ainsi aucune altération de la muqueuse intestinale et de l'appendice iléo-cœcal que cette perforation. Les autres viscères abdominaux sont sains.

Quelle est la cause de cette perforation ? a-t-elle été précédée d'une inflammation ulcératrice de l'extrémité de l'appendice vermiculaire, ou bien est-elle le résultat d'une espèce d'usure mécanique opérée par les ascarides ? C'est une question que je n'ose décider. Je laisse le lecteur en juger.

Le cas précédent est assez simple; mais en voici un plus compliqué, et où la question est certainement encore plus difficile à résoudre ; l'observation en est complète, et je pense qu'elle intéressera le lecteur.

Obs. II. — Pouzier Gille, âgé de 11 ans, est entré à l'hôpital des Enfants le 5 mai 1841. Il est placé dans de bonnes conditions hygiéniques; ses occupations consistent à tourner une roue dans une fabrique. — Il a été vacciné 3 mois avant son entrée ; il y a quelques mois qu'il a eu la rougeole. 4 ans avant, il eut à la suite d'une fièvre éruptive, qui paraît avoir été une scarlatine, une hydropisie qu'il conserva 7 semaines, et dont il guérit ; sa maladie commença le 30 avril par de la céphalalgie, du malaise, de l'inappétence et des nausées, mais sans vomissements; il était constipé. Le 2 mai, les symptômes augmentèrent d'intensité; la fièvre s'alluma, et il se plaignit de vives douleurs de ventre. — Le 6 mai, le malade est peu abattu, il se plaint du ventre, et sa douleur occupe surtont la région iléo-cœcale, elle augmente par la pression; il y a de l'inappétence, de la constipation et un peu de fièvre (104 pulsations). On fait appliquer 8 sangsues sur la région douloureuse, et on emploie un lavement purgatif. — Le 7, les douleurs de la région iléo-cœcale ont augmenté ; elle est saillante, sonore et très douloureuse à la pression. La peau est toujours chaude et le pouls accéléré. 10 sangsues sur le point douloureux, 1 bain. — Le 9, du râle sous-crépitant existant à la base du poumon gauche, en arrière, on lui fait appliquer un vésicatoire ; 2 jours après, il commençait à se gangréner. — Le 15, il fut pris de symptômes très graves qui semblent annoncer une perforation intestinale. Altération profonde de la face, qui devient pâle et grippée ; refroidissement des extrémités. Pouls très petit, très faible; douleurs extrêmement vives dans le ventre; pas de selles; 2 vomissements depuis 24 heures ; la langue est très sèche. On prescrit 15 grammes d'onguent mercuriel en frictions et 1 bain. — Le 16, les symptômes sont moins formidables. — Le 17, il y a rechute, ou si l'on veut une deuxième attaque, à la suite de laquelle le malade reste dans le même état jusqu'à l'époque de la mort, qui arrive 7 jours après. Le vésicatoire présentait une escarre gangréneuse, peu profonde ; la face était altérée, pâle, grippée; le malade se plaignait continuellement et paraissait dans un état permanent de souffrance ; la langue était sèche, d'un rouge jaunâtre ; la soif continuelle ; le ventre dur, tendu, ballonné, excessivement douloureux au toucher ; il avait quelques selles, mais sans diarrhée ; les extrémités étaient presque constamment dans un état de refroidissement ; le pouls petit, très faible et variable en fréquence ; l'intelligence s'était conservée à l'état normal : cet enfant nous présentait enfin les signes les plus tranchés et les plus évidents d'une péritonite très aiguë.

On employa chez lui les frictions mercurielles sur l'abdomen et les parois, ce qui ne l'empêcha pas de succomber le 24 mai, après une agonie terrible de plus de 7 jours; il conserva sa connaissance jusqu'à la fin.

Autopsie. — Le cerveau et ses membranes sont sains, il existe toutefois une quantité un peu plus abondante que de coutume de sérosité dans les ventricules, et les parties centrales sont ramollies. Les poumons présentent une forte congestion sanguine à la partie postérieure, et au milieu quelques noyaux d'hépatisation. Le cœur est sain; à droite, quelques grumeaux de sang noirâtre et peu consistants.

Abdomen. — On y trouve les traces d'une péritonite intense et bien caractérisée. L'épanchement est épais, visqueux, et constitué par un mélange de pus et de matières fécales, jaunâtres, liquides, et au milieu de ce liquide ont rouve 4 ascarides lombricoïdes; des fausses membranes molles, albumineuses, friables, unissent entre elles les anses intestinales; elles tapissent également la face interne de la paroi abdominale. Le grand épiploon contient du pus blanc, crèmeux dans plusieurs de ses replis. Le foie, la rate, l'estomac sont unis ensemble et confondus par des fausses membranes de date évidemment récente. Il existe 2 perforations, une, large comme une pièce d'un franc, occupe la partie antérieure à droite du colon transverse, lequel est beaucoup plus bas qu'il ne doit être et occupe presque la région cœcale; la deuxième est située à l'extrémité de l'appendice vermiculaire du cœcum, elle est arrondie et circulaire. Elles sont toutes deux, mais spécialement la première, entourées de pus et de matières fécales.

L'estomac est sain; les intestins grêles également; il n'y a aucun ramollissement, aucune ulcération. La perforation qui occupe l'extrémité de l'appendice cœcal est faite comme par usure et ne semble pas être la suite d'une ulcération; les bords des parois intestinales sont seulement amincies et comme en biseau; il n'en est pas de même de celle du colon, qui provient évidemment d'une ulcération analogue à celles que je vais décrire. Il existe, en effet, dans le colon 4 autres ulcérations; elles sont au moins de la largeur d'une pièce d'un franc; toutes semblent faites comme par un emporte-pièce; les bords sont nets, coupés à pic, mais sans rougeur, sans hypertrophie, sans rugosités. Le fond est lisse et est constitué dans les 4 par le péritoine; ce fond est en conséquence très mince. Il est incontestable pour moi que la perforation du colon est le résultat des progrès d'une ulcération analogue. Plusieurs ganglions mésentériques sont tuméfiés, rouges et un peu ramollis; le foie, la rate et les reins sont sains; nulle part on ne trouve de tubercules.

Cette observation est très curieuse. Il y a eu évidemment

deux perforations, et chacune d'elles a été marquée par des symptômes remarquables : la première, que je crois être celle de l'appendice cœcal, par des accidents formidables; la deuxième, celle du colon, par une exaspération de ces mêmes phénomènes. Il y a une question importante à décider, c'est celle de savoir si la perforation de l'appendice est due à une ulcération ou s'est faite par usure. L'examen attentif des parties ne fait voir aucune trace d'ulcération, et elles sont dans un état absolument semblable à celui de la première observation citée ci-dessus; sont-ce donc les ascarides qui l'ont déterminée? je ne me permettrai pas encore de résoudre la question affirmativement ou négativement. Quant à la deuxième perforation, elle siége manifestement sur une ulcération; et il y aurait encore une question à se poser, c'est celle de savoir si les vers ont eu quelque influence sur la production de cette altération; mais je suis encore obligé de rester dans le doute. Si donc je présente ces deux observations, c'est pour apporter de nouveaux éléments dans une question qui reste encore à éclaircir et à résoudre.

Note sur une épidémie de maux de gorge observée en 1841, par le docteur TAUPIN.

Les premiers mois de cette année ont été remarquables par la fréquence des affections pseudo-membraneuses. A cette époque, Paris a été en proie à une véritable épidémie, qui, comme on l'observe habituellement en pareil cas, a sévi de préférence contre les enfants.

A l'hôpital des Enfants-Malades, on a admis beaucoup de sujets atteints de croup ou d'angine couenneuse, et dans la ville, les médecins spéciaux ont eu à traiter un grand nombre de cas semblables.

Donner un tableau complet de cette épidémie serait un travail au-dessus de mes forces; et, d'ailleurs, je n'ai pas eu à ma disposition les matériaux nécessaires à sa composition. Je veux seulement aujourd'hui, mettant à profit mon séjour prolongé dans une famille qui a été atteinte de la maladie régnante aux mois de mars et d'avril, donner une description exacte des symptômes éprouvés par les malades que j'ai observés, un exposé complet

du traitement employé, et indiquer les résultats qui ont été obtenus.

La famille de M. X. se composait au mois de mars dernier de trois enfants : Raoul, âgé de 5 ans, garçon assez fort mais un peu rachitique, atteint depuis trois semaines d'une coqueluche fort légère ;

Denise, âgée de deux ans, enfant robuste, bien développée, bien portante ;

Hélène, âgée d'un an, nourrie au sein, bien constituée, très grande, très grasse, n'ayant jamais été malade.

M. X. vit dans l'opulence ; il habite une rue bien large, bien aérée du faubourg Saint-Germain ; sa maison est placée entre cour et jardin ; il occupe un appartement au deuxième étage, vaste et bien exposé. L'éducation des enfants est dirigée avec beaucoup de soins par les parents eux-mêmes et une gouvernante pleine de vigilance ; la plus jeune fille tétait une nourrice bien portante qui avait déjà nourri sa sœur.

Première observation. — Le 20 mars, Hélène tomba malade. Depuis quelques jours, sa nourrice avait remarqué qu'elle toussait un peu, mais elle tétait comme à l'ordinaire ; elle avait conservé le sommeil, sa gaîté, et son embonpoint ; elle n'avait point la peau chaude, et cette toux ne causait nulle inquiétude.

Le 21 mars, l'enfant toussa davantage, elle eut un peu de fièvre, de l'agitation ; on appela le médecin ordinaire de la maison, qui ne fut nullement effrayé, ne précisa pas le genre de la maladie, et se retira après avoir prescrit du sirop d'ipécacuanha.

Le médicament fut pris et provoqua des selles abondantes, mais pas de vomissements ; l'enfant passa une mauvaise nuit, s'agita constamment, toussa beaucoup ; sa peau était brûlante, sa face très animée.

Le médecin revint le lendemain 22 vers midi, examina la poitrine de l'enfant, et annonça qu'elle était atteinte d'un catarrhe convulsif ; il prescrivit une potion stibiée (émétique à haute dose) qui ne fut point donnée. Une heure après, les parents voyant que la respiration de l'enfant devenait de plus en plus embarrassée, qu'elle était par intervalles menacée de suffocation, qu'on n'entendait plus sa voix, envoyèrent chercher M. Baudelocque, qui reconnut un croup membraneux d'après les phénomènes suivants : 1° respiration très fréquente et gênée ; 2° aphonie complète ; 3° accès de suffocation ; 4° fausses membranes tapissant les piliers du voile du palais, les amygdales, la luette, et les parois latérales et postérieure du pharynx.

M. Baudelocque avertit les parents du danger imminent qui menace leur fille; il prescrit un vésicatoire à la nuque, un vomitif, et la cautérisation de la gorge. On me charge de mettre ce traitement à exécution; je cautérise à plusieurs reprises toutes les parties accessibles de la gorge avec une éponge imbibée d'une solution concentrée de nitrate d'argent (deux gros par once), je fais prendre à l'enfant deux grains de tartre stibié, en six doses, et une grande quantité d'eau tiède; elle vomit abondamment des matières glaireuses et quelques lambeaux pseudo-membraneux qui venaient évidemment du larynx, ainsi que nous avons pu nous en assurer par l'examen du pharynx qui était encore tapissé entièrement par l'exsudation couenneuse adhérente : ce traitement n'amène pas de changement heureux, la fièvre persiste, la respiration s'embarrasse davantage, les accès de suffocation se rapprochent, la voix est toujours éteinte.

On revient aux vomitifs; je répète la cautérisation, et à quatre heures j'applique un vésicatoire à la nuque et des sinapismes aux pieds. Dans la soirée, je fais des frictions sur le dos avec l'huile de croton tiglium, qui provoquent une éruption abondante; je pratique toutes les heures des onctions sous les aisselles et sur les parties latérales du col avec l'onguent mercuriel double; je fais vomir de nouveau l'enfant, et aucun changement favorable n'a lieu.

Le 23 à dix heures du matin, le médecin ordinaire fait appliquer au devant du sternum un vésicatoire ammoniacal qui est vivement senti par l'enfant, et produit comme celui de la veille une ampoule volumineuse; on emploie de nouveau les vomitifs; l'enfant a pris six grains de tartre stibié en vingt-quatre heures. On continue les onctions huileuses et mercurielles; je reviens à la cautérisation de la gorge pour la troisième fois, et malgré ce traitement actif, la maladie marche à grands pas vers la terminaison funeste. La face de l'enfant s'altère, elle devient bleuâtre; la respiration est intermittente, l'inspiration très difficile et accompagnée de grands soulèvements de la poitrine; la voix est complétement éteinte, le passage de l'air dans la trachée-artère produit un sifflement métallique très prononcé pendant l'inspiration. Les accès de suffocation deviennent de plus en plus fréquents et prolongés. A la suite de ces accès, l'enfant paraît plusieurs fois sur le point d'expirer, puis elle se ranime, cherche à boire, et joue avec les objets qui sont autour d'elle. Enfin elle meurt à quatre heures du soir, sans agonie.

L'autopsie n'a point été faite.

Pendant la maladie de leur sœur, les deux autres enfants n'ont pu être isolés complétement, ils ont à peine quitté la maison, et souvent ils sont entrés dans la chambre où était la malade. A cette

époque ils n'ont été nullement incommodés; je ne parle pas de la coqueluche dont l'aîné était atteint depuis plusieurs semaines.

IIe Observation. — Le 25 mars, Denise tomba malade. Elle s'était couchée bien portante; le 24 au soir, elle dort peu la nuit; le matin elle se réveille avec une fièvre assez vive, de la toux avec raucité de la voix, de la douleur à la gorge et de la gêne de la déglutition.

Le médecin ordinaire de la famille étant retenu chez lui par une maladie grave d'un de ses proches parents, M. Baudelocque fut chargé de donner des soins à l'enfant.

L'inspection de la gorge fit reconnaître la présence de fausses membranes sur les deux amygdales et sur les deux parois latérales du pharynx. On prescrivit un vomitif (tartre stibié, deux grains en six doses) et la cautérisation des parties malades avec la solution de nitrate d'argent que j'ai indiquée plus haut.

Je fus chargé de ces soins; je touchai la gorge deux fois dans la journée, je fis prendre à l'enfant plusieurs tasses d'eau tiède, et elle vomit très abondamment. On ne trouva pas de fausses membranes dans les matières rejetées; elle dormit paisiblement. Pendant le sommeil, la respiration était assez calme, la toux rare; au réveil, la voix était naturelle; l'enfant se plaignait de mal à la gorge, elle avait de la peine à avaler; le pharynx était cautérisé largement, et les fausses membranes ne s'étendaient pas plus loin que le matin. Le soir on fit prendre six grains de calomel dans une cuillerée d'eau.

La nuit fut bonne, l'enfant dormit presque continuellement, elle toussa peu; la fièvre n'était pas très vive.

Le 26, la fièvre est très forte, la toux assez fréquente, la gorge est douloureuse, la déglutition difficile, les fausses membranes se détachent sur les amygdales; l'auscultation ne fait reconnaître aucune altération dans le bruit respiratoire. (Cautérisation avec la solution; calomel, six grains.)

Le 27, la nuit est bonne, l'enfant a moins de fièvre, tousse peu, avale plus facilement, les escarres de la gorge se détachent; on voit sur les amygdales de nouveaux points pseudo-membraneux jaunâtres, arrondis; la voix est naturelle. Le calomel a provoqué comme les jours précédents des selles verdâtres dans lesquelles on ne retrouve pas de fausses membranes. — Cautérisation. — Calomel. — Bouillon.

Le 28, l'enfant est beaucoup mieux, se lève, demande à manger; l'apparition de nouvelles pellicules membraneuses nécessite encore l'application du caustique.

Cautérisation. — Un potage. — On cesse l'emploi du calomel.

A dater du 29 mars, la maladie marche toujours vers la guérison;

seulement, après la chute des escarres et des fausses membranes, on voyait souvent sur les amygdales et le pharynx de petits points jaunâtres, évidemment pseudo-membraneux, qu'on était obligé de toucher avec le crayon de nitrate d'argent; après le 8 avril seulement, l'enfant fut complétement délivrée de ces retours de l'affection primitive.

Convalescente de l'angine couenneuse, elle fut prise dans les derniers jours de mars d'une coqueluche assez intense, que l'on combattit par l'usage du sirop de quinquina, et les frictions sur la poitrine avec l'huile de croton tiglium.

La coqueluche augmenta pendant deux semaines, puis elle diminua sensiblement, et l'enfant en est parfaitement guérie depuis plus de quinze jours.

IIIe Observation. Raoul avait, depuis un mois environ, une toux peu fréquente, qui par intervalles revêtait un caractère quinteux, sans que jamais on eût entendu bien distinctement le sifflement laryngé propre à la coqueluche. On n'avait rien changé à son régime, seulement il prenait le matin une tasse de lait d'ânesse.

Le 26 mars, il se plaignit de mal à la gorge ; il n'avait pas de fièvre, son appétit n'était pas diminué. En examinant la gorge, nous vîmes, M. Baudelocque et moi, un gonflement et une rougeur assez considérables des amygdales, de la luette et du voile du palais, sans aucune trace de fausse membrane. Le malade prit un grain de tartre stibié et plusieurs verres d'eau tiède; il vomit abondamment, et se sentit immédiatement soulagé; le soir on ne trouva pas de traces de l'angine qu'on avait constatée le matin. L'enfant se leva et mangea un potage.

L'angine reparut le 27 dans la journée, sans frisson, sans fièvre; on n'employa aucun traitement actif.

Le 28, les amygdales sont toujours gonflées; on remarque sur la gauche un point grisâtre ulcéré, je le touche avec un crayon de nitrate d'argent.

Les jours suivants cet ulcère s'agrandit malgré les cautérisations répétées ; le 30, un ulcère semblable se voit sur l'amygdale gauche, on le traite de la même manière. Enfin le 4 avril, les ulcères commencent à se cicatriser, et la dernière cautérisation est faite le 8. Le 10 avril, les amygdales ont repris leur forme et leur coloration. — Pendant la durée de cette amygdalite ulcéreuse la santé générale n'a nullement été troublée, l'enfant n'a jamais eu de fièvre; sa coqueluche s'est terminée, et il a pris de l'embompoint. Le traitement employé a consisté en cautérisation des amygdales répétée tous les jours, du 28 mars au 8 avril; et en outre on a substitué le sirop de quinquina au lait d'ânesse. Dès que le temps l'a permis, on a fait prendre à l'enfant de l'exercice au dehors.

J'ai prévu qu'en publiant ces observations, réduites aux points les plus importants, je pouvais attirer sur moi le reproche d'avoir négligé un grand nombre de détails qu'on aime à trouver dans les histoires de maladies; mais ma seule intention en composant ce court mémoire a été d'indiquer la marche de la maladie chez les trois sujets que j'ai observés, et les symptômes que j'ai rapportés me paraissent suffire pour établir un diagnostic certain.

Ceci posé, il convient d'examiner avec soin les faits, et d'en tirer les conclusions qui en découlent naturellement. Evidemment la famille de M. X. a été soumise à la même influence morbide. La maladie a-t-elle été franchement épidémique, ou s'est-elle transmise par voie de contagion? C'est ce que je n'essaierai pas de décider. On pourrait fournir à l'appui de chacune de ces opinions des arguments également plausibles.

Toujours est-il que les trois enfants ont eu à peu de jours de distance une maladie siégeant dans les mêmes parties, et présentant une foule de symptômes communs.

La première victime du mal a succombé, les deux autres ont recouvré la santé.

Pourquoi la maladie a-t-elle été plus grave chez le premier sujet? Est-ce parce qu'il était plus jeune, et que, par cela même, il avait moins de force pour lui résister; mais il n'est pas rare de voir mourir du croup des enfants de deux ans, de cinq ans et même de plus âgés; l'épidémie qui a régné cette année en a offert plus d'un exemple.

Est-ce parce que la maladie aurait perdu de sa force en passant d'un enfant à l'autre; est-ce que l'épidémie décroissait en ce moment? Mais déjà nos deux malades étaient en pleine convalescence, que le croup enlevait encore un grand nombre d'enfants, tant en ville qu'à l'hôpital.

Ne doit-on pas plutôt chercher la différence des résultats dans la distance qui a séparé l'invasion de la maladie de l'application du traitement?

Certes les moyens qu'on a mis en usage chez la première malade étaient bien indiqués. Les vomitifs, la cautérisation de la gorge, les révulsifs cutanés tiennent, à juste titre, le premier rang parmi les remèdes qu'on oppose au croup; mais on avait perdu un temps précieux, un jour entier, et déjà les fausses

membranes s'étaient étendues aux voies aériennes : à cette époque déjà la respiration était laborieuse, sifflante, la voix éteinte, la suffocation imminente.

Dans le second cas, au contraire, la maladie est attaquée dès son début. On borne l'affection membraneuse, on imprime à l'économie une secousse violente, on opère une dérivation puissante sur le canal digestif; aussi le mal ne fait pas de progrès; et remarquez combien il avait de tendance à se reproduire, puisque les accidents formidables étant conjurés, on voyait chaque jour survenir de nouveaux points pseudo-membraneux qu'il fallait poursuivre avec le caustique.

Enfin, chez le troisième enfant, on a été plus heureux encore; les fausses membranes n'étaient point encore formées, et leur développement a été empêché par l'action des vomitifs. La maladie a changé de forme, et a pris, ce qui est fort rare, un caractère ulcéreux. Elle a été quelque temps rebelle, puis elle a cédé à la cautérisation, et à l'usage interne des toniques.

Pour moi, qui ai vu ces enfants pendant tout le temps que leur état a inspiré des craintes, je n'ai pas douté un seul instant qu'ils ne fussent sous l'influence d'une maladie en tout semblable à celle qui venait d'emporter leur jeune sœur; je suis fermement persuadé qu'ils doivent uniquement leur salut au traitement actif qu'on a pu employer en temps opportun : j'aurai atteint mon but si j'ai réussi à faire partager ma conviction à mes lecteurs.

Je terminerai en faisant remarquer combien il est important d'examiner la gorge des enfants, quelle que soit la maladie dont ils paraissent atteints; cette précaution devient un devoir quand il règne au dehors une épidémie de maux de gorge. Que d'accidents graves ont eût pu prévenir si on n'avait jamais négligé cet examen! C. TAUPIN.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.

Leçons de M. GUERSANT fils sur les fractures; par le docteur VANIER.

Nous ne reproduirons des leçons de M. Guersant que ce qui

concerne spécialement la chirurgie considérée chez les enfants. Nous n'en extrairons, soit qu'il s'agisse des fait observés, soit qu'il s'agisse des réflexions auxquelles ces faits auront donné lieu de la part du professeur, que ce qui est exclusivement relatif à l'enfance. Aussi les leçons de M. Guersant ne seront-elles pas ici reproduites avec tous les développements que leur donne le chirurgien de l'hôpital des Enfants; et si chacun des sujets que nous toucherons dans cette partie de la revue chirurgicale paraît au lecteur être mentionné d'une manière un peu courte, c'est que, pour ne pas sortir de la spécialité de notre journal, nous sommes forcés d'attendre que l'observation nous enrichisse de nouvelles acquisitions, soit dans l'ordre des faits observés, soit dans l'ordre des considérations qu'ils provoqueront de la part du professeur. Ajoutons que le but de cette revue étant d'offrir au lecteur, non pas de la clinique dogmatique, mais de la clinique pratique, tout en ne voulant appeler l'attention de nos lecteurs que sur des faits accomplis, sur des observations complètes, de manière à ne jamais tenir périodiquement en suspens leur attention sur des observations en quelque sorte fragmentées, nous voulons cependant conserver à ces leçons la physionomie que leur donnent toutes les éventualités de la clinique, toutes les variations possibles, soit de la part des phénomènes eux-mêmes, soit de la part du chirurgien dans les cas douteux où il modifie soit le diagnostic, soit le traitement. Nous leur conserverons cette empreinte de la pratique que leur donnent les hésitations, les hardiesses, les certitudes dont l'expression se perd dans la relation des mêmes faits présentés en faisceau sous forme de mémoires. Le lecteur assistera ainsi à ces discussions sur le diagnostic, sur le traitement, sur l'opportunité des opérations qui, établies par le chirurgien qui se consulte et délibère, communiquent à ses auditeurs les impressions qu'il éprouve.

Depuis le 1er janvier de cette année, M. Guersant a fait entendre à son auditoire de nombreuses considérations sur les malades admis dans son service. Nous commencerons cette revue par les leçons sur les fractures. M. Tavignot se proposant de compléter avec le temps son travail de statistique et de généralisation des faits sur ce sujet, nous ne parlerons des fractures dans ce compte rendu que pour donner le cours complet des leçons

de M. Guersant. Les réflexions émises par ce chirurgien, d'après l'observation directe des faits sur le sujet qui va nous occuper, ont eu pour objet principal l'influence du jeune âge et celle des constitutions organiques sur la consolidation des fractures, et le traitement des ces affections. D'après le simple aperçu que nous allons offrir à ce sujet au lecteur, sous forme de généralités, on verra combien était utile un enseignement spécial de la chirurgie à l'hôpital des Enfants.

Si, d'un côté, le jeune âge exerce une influence favorable sur la consolidation des fractures, en l'accélérant, d'un autre côté, il est une cause qui fréquemment, chez les enfants, retarde ce travail : c'est la constitution rachitique. Nous nous abstiendrons de citer les faits qui ont été observés à l'appui de ces deux propositions ; à ceux qui ont été mentionnés dans le travail commencé de M. Tavignot, l'avenir en ajoutera d'autres ; mais nous avons à faire ressortir ici les observations qui, par certaines circonstances particulières, ont fixé l'attention du chirurgien et ont été surtout l'occasion de ses leçons.

Au numéro 8 de la salle des filles (salle Sainte-Thérèse), nous avons remarqué, dans les premiers jours de janvier, une petite fille de 3 ans et demi, de constitution rachitique. Dans sa leçon du 7 janvier, M. Guersant, en annonçant chez cette petite fille une fracture qui datait de 12 jours, disait que, se fondant sur la constitution de la petite malade, on devait attendre pour lever l'appareil et pour examiner le membre. C'était là un acte de prudence dû à la connaissance de l'influence fâcheuse du rachitisme sur la consolidation des fractures ; le chirurgien ne comptait même pas sur un résultat semblable à celui qu'on avait récemment observé dans la salle, chez une petite fille couchée au nº 12, et qui, beaucoup moins rachitique, avait présenté la consolidation parfaite au vingt-cinquième jour. C'était ainsi qu'il fallait juger, selon toutes les apparences ; et cependant, dans la leçon du jeudi suivant, le chirurgien pouvait annoncer à ses élèves que la petite malade était guérie. Il y avait donc, malgré l'état de rachitisme assez prononcé, consolidation parfaite au vingtième jour.

Au nº 14, se trouvait, dans les premiers jours de janvier, une petite fille de 2 ans et demi. Dans ce cas encore, le chirurgien, jugeant d'après les données généralement admises, disait dans

une de ses leçons que, le sujet de l'observation étant de constitution rachitique, la guérison se ferait attendre environ 5 ou 6 sesemaines; et dans la leçon suivante, il annonçait la consolidation au dixième jour. A la vérité cette consolidation n'est pas parfaite, elle laisse encore à désirer, disait M. Guersant; mais on peut dès à présent soulever la cuisse sans produire ni douleur ni difformité dans le point fracturé.

Nous avons rapproché à dessein ce fait de l'observation de la petite fille du nº 8; ces deux faits sont des exceptions à la règle qui établit l'influence fâcheuse des constitutions rachitiques sur la consolidation des fractures, qui, en général, n'est parfaite qu'après 5 on 6 semaines d'appareil.

Au nº 6 de la salle des garçons (salle Saint-Côme), a été admis un enfant de 11 ans, pour une fracture des deux fémurs. A droite, fracture complétement consolidée au vingt-sixième jou de l'accident; à gauche, ce résultat est encore bien éloigné. Cette différence s'explique par les circonstances suivantes : 1° la fracture était plus oblique à gauche qu'à droite; 2° elle siége plus haut et près du trochanter; 3° l'inflammation a pu être plus intense; 4° le malade a été soumis à une diète prolongée; 5° à gauche, un grand écartement séparait les fragments, par conséquent, rupture probable du périoste et absence de l'un des éléments les plus puissants de la formation du cal; 6° la fracture peut n'avoir pas été maintenue à gauche aussi exactement qu'à droite; car, au lieu d'appliquer sur le membre gauche, comme on l'a fait sur le membre droit, le grand appareil, on a eu recours à un petit appareil étendu depuis le pli de l'aine jusqu'au genou. Ce ne fut qu'au bout de huit jours qu'on substitua l'appareil de Scultet. Ces changements ont dû retarder la formation du cal, mais la cause principale de cette lenteur, dit le chirurgien, c'est l'action des muscles psoas et iliaque qui, s'exerçant sur un levier peu étendu, tendait sans cesse à déplacer le fragment supérieur en avant et ne rencontrait qu'une faible résistance de la part de l'attelle placée à la partie antérieure de la cuisse. Il faut donc, en pareil cas, dit le chirurgien, mettre ces muscles dans le relâchement, en fléchissant la cuisse. Plus tard, M. Guersant, changeant la disposition des attelles, les appliqua de manière qu'elles ne fussent séparées du membre que par les compresses et pussent

agir sur les fragments plus directement et plus efficacement que les longues attelles de Scultet, en exerçant sur eux une compression qui empêchât le chevauchement. C'est de cette indication, dit M. Guersant, que Dupuytren, dans ces cas, faisait dépendre le succès du traitement. Arrivée au trente-sixième jour, cette fracture n'est pas encore consolidée.

Au quarante-quatrième jour, le jeune malade marche devant nous dans la salle. Les deux talons appuient sur le sol également; mais il existe un peu de claudication que le temps effacera.

Au n° 8, fracture du fémur. Conditions défavorables à une prompte guérison : 1° épanchement sanguin considérable; 2° grande obliquité de le fracture; 3° plusieurs saignées générales pratiquées pour combattre l'intensité de l'inflammation; 4° constitution lymphatique.

Malgré cette réunion de circonstances fâcheuses, la consolidation s'est opérée en deux mois. C'est là un travail de consolidation rapide, si l'on en juge par comparaison avec ce qui serait arrivé chez un adulte en pareilles circonstances.

Reprenant dans leur ensemble toutes ces observations, le chirurgien de l'hôpital des Enfants a émis les propositions générales suivantes :

Relativement à ce qui est observé dans les mêmes circonstances chez les adultes, dit-il, nous pouvons dire que chez tous nos jeunes malades la consolidation des fractures a marché rapidement. Quelles sont les causes qui activent si puissamment la formation du cal osseux chez les enfants?

1° En première ligne, il faut tenir compte de l'exubérance de la vie chez l'enfant.

2° Une cause très efficace, c'est l'intégrité du périoste qui peut se rencontrer jusqu'à l'âge de 13 ans; cette cause a existé évidemment chez plusieurs des enfants qui ont servi de base à ces leçons. Souvent, chez les enfants, les os sont fracturés sans que le périoste soit simultanément déchiré, et nous croyons, dit le chirurgien, que le périoste concourt puissamment à la production du cal osseux. Dans la pratique, c'est là une circonstance à laquelle il faut donner une grande attention, si l'on ne veut pas s'exposer à perdre tout l'avantage qu'on en peut tirer.

Nous nous sommes conformés à ce précepte à l'égard des petites filles de la salle Sainte-Thérèse, qui par la nature de leurs fractures rentraient dans cette catégorie.

Il en a été de même de plusieurs garçons, notamment du n° 5, quant à la cuisse droite.

Chez les enfants, comme chez les adultes, la marche du travail de consolidation peut être entravée par des complications nombreuses, les unes locales, les autres générales. Parmi ces dernières, nous trouvons un vice constitutionnel préexistant à la fracture, ou bien un état anémique accidentel dans lequel est tombé le malade sous l'influence des saignées pratiquées dans le but de combattre l'inflammation locale.

Diverses complications ont ralenti la marche de la consolidation chez plusieurs de nos malades : tels ont été l'état rachitique chez les filles des n°s 8 et 14; chez le petit garçon du n° 5, une très grande obliquité de la fracture; et chez le garçon du n° 8, des accidents inflammatoires intenses, un épanchement sanguin très considérable, et enfin un état d'anémie prononcée à la suite de trois saignées générales pratiquées pour combattre l'inflammation locale et la réaction fébrile; enfin, par suite de ces circonstances, l'application tardive de l'appareil.

Chez deux petites filles rachitiques dont la constitution semblait devoir prolonger la formation du cal, celle-ci s'est faite assez rapidement.

Chez les enfants jusqu'à 2 ans, la guérison des fractures est très rapide, à moins qu'il n'existe des complications.

Les fractures sont aussi fréquentes chez les enfants que chez les adultes. Au moment au M. Guersant émettait cette proposition, il y avait douze fractures dans les salles.

La plupart des fractures chez les enfants présentent peu de déplacement, ce qui tient à la non déchirure du périoste. Aussi, chez les enfants de 12 à 13 ans, le périoste se déchirant plus facilement, l'écartement des fragments est plus fréquent. Toutefois la guérison est également prompte chez les jeunes garçons de cet âge. On a comparé la brisure de l'os dans ce cas à celle d'une baguette qui, au niveau de la rupture, conserve à sa périphérie des fibres intactes. Il y a rupture, brisure, mais il n'y a pas sépa-

ration, il n'y a pas division des parties brisées. C'est l'intégrité du périoste qui produit cette sensation. D'ailleurs, on peut croire dans ce cas à une simple courbure, la non déchirure du périoste et le peu de déplacement faisant méconnaître la fracture. Pour tirer parti de la non déchirure du périoste, il faut appliquer l'appareil plus tôt que chez les adultes, parce qu'il pourrait se rompre si l'enfant venait à s'agiter.

La cause qui entrave le plus la consolidation chez les enfants, c'est le rachitisme. Les fractures sont-elles plus fréquentes chez les rachitiques, ainsi qu'on l'a dit ? Oui, et cependant l'abondance de tissu gélatineux indiquerait *à priori* la nécessité d'une loi contraire.

M. Guersant a fait ensuite entendre quelques considérations générales sur le traitement. Nous secondons la nature par les moyens les plus simples. Chez les grands enfants, nous appliquons l'appareil ordinaire de Scultet; chez les petits, nous employons presque toujours les appareils roulés, simples, analogues à celui qu'on met en usage chez l'adulte pour les fractures de l'humérus; ils sont moins volumineux et par conséquent moins gênants que l'appareil de Scultet les attelles sont mieux maintenues. On évite ainsi l'emploi des coussins de balle d'avoine qui, en contact continuel avec les urines, en deviendraient comme un réservoir et formeraient un fumier autour du membre. Dans tous les cas, on emploie utilement le taffetas vernis, qui est imperméable à l'urine.

Lorsqu'il y a peu de déplacement par suite de la conservation du périoste, nous renouvelons peu cet appareil, et nous ne le levons qu'au bout de quinze jours de la première application.

Chez les petits enfans, l'appareil dextriné ne sécherait pas; il ne formerait pas carton, car il serait continuellement mouillé par les urines, même appliqué aux jambes. Pour les grands enfants, nous ne rejetons pas l'appareil inamovible, à moins qu'il y ait un déplacement considérable. Dans ce dernier cas, nous ne l'employons pas. Il ne doit du reste jamais être appliqué que lorsque la tuméfaction est tombée, c'est-à-dire 5 ou 6 jours après l'accident.

REVUE RÉTROSPECTIVE.

DE LA PLEURÉSIE DANS L'ENFANCE.

Thèse de M. BARON, interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or), **membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation. Analyse par le docteur VANIER.**

Suite (1).

7° *Auscultation.* L'épanchement peut être très peu considérable, et même nul; et alors il peut arriver qu'il n'y ait pas diminution du bruit respiratoire. Il n'y a *absence du bruit respiratoire* que pendant l'existence de l'épanchement. D'ailleurs, le bruit respiratoire chez l'enfant étant très développé, il faut un obstacle considérable pour l'annihiler La présence de fausses membranes suffit pour diminuer le bruit respiratoire, et en même temps la sonorité. La *respiration bronchique* peut être produite par l'épanchement, mais elle est beaucoup moins fréquente que l'absence du bruit respiratoire. Souvent on trouve le *bruit respiratoire sec et rude.* M. Baron songea d'abord à attlibuer cette modification au frottement mutuel des surfaces séreuses, sèches et inégales; mais il renonça à cette explication, ce même symptôme s'étant présenté à son observation dans des cas de pneumonie simple et même de bronchite. On entend souvent l'*expiration prolongée*, ce qui s'explique par la compression du poumon. Chez les enfants, l'expiration se prolonge par la moindre cause. Jamais M. Baron n'a entendu chez les enfants le *bruit de frottement pleurétique* au début de l'affection. M. Taupin l'a rencontré quelquefois. Après la formation des fausses membranes, M. Baron l'a entendu plusieurs fois, mais il était faible; il est beaucoup plus rare chez les petits malades que chez ceux de la seconde enfance.

8° La *résonnance de la voix* n'est pas souvent augmentée. Dans les pleuro-pneumonies, au contraire, elle est augmentée par le fait de la pneumonie. Lorsque l'épanchement est considérable, il

(1) A la pag. 74, lig. 4, du précédent cahier, au lieu de *farcin*, lisez *favus*.

y a souvent retentissement de la voix : bronchophonie ou égophonie. La *bronchophonie* coexiste avec la *respiration bronchique*. *L'égophonie* est rare chez les enfants très jeunes ; elle devient d'autant plus fréquente que les enfants approchent plus de la puberté. M. Baron attribue la rareté de l'égophonie dans l'enfance à la petitesse de la cavité thoracique ; M. Taupin l'attribue à ce que les pleurésies, chez les enfants, sont partielles et circonscrites. Il est quelquefois difficile de la distinguer de la résonnance normale, du cri aigu des jeunes enfants. Au lieu de l'égophonie, on trouve souvent de la bronchophonie égophonique (De la Berge). L'égophonie s'entend le plus souvent à la partie postérieure du thorax, soit supérieure, soit inférieure, soit moyenne, au niveau de l'angle de l'omoplate ; quelquefois aussi vers la partie latérale. M. Baron ne l'a pas entendue en avant.

A l'état naturel, chez les enfants, depuis la première jusqu'à la sixième ou la huitième année, on trouve dans les régions postérieures-supérieures, où le son est moindre que dans les autres points, le bruit respiratoire développé ; dans l'intervalle compris entre l'omoplate et la colonne vertébrale, surtout à droite, le bruit exagéré. Dans ces régions et dans les fosses sus-épineuses, surtout à droite, on entend dans l'état normal un peu d'expiration. Il n'y a pas autant de différence dans l'intensité du bruit respiratoire des régions antérieures et postérieures que dans la résonnance de ces diverses régions. Le bruit respiratoire est, en effet, à peu près aussi développé que dans la plus grande partie des régions postérieures.

Chez les nouveau-nés, le bruit respiratoire est généralement moindre. En avant et à gauche, il est quelquefois un peu moindre qu'à droite ; mais il présente à peu près un développement égal dans toute la hauteur de ce côté, sans qu'il soit moindre à la région précordiale.

Dans le cas de pneumo-thorax, mêmes résultats à l'auscultation que chez l'adulte.

9° *Application de la main.* Le frémissement de la voix, perçu par la main appliquée sur les parois de la poitrine, disparaît, dans la pleurésie, au niveau de l'épanchement. M. Baron a vérifié une fois l'exactitude de cette assertion de M. Taupin. La main reçoit aussi la sensation du frottement pleurétique.

Symptômes généraux. — 1° *Attitude.* Décubitus ordinairement sur le dos, souvent sur le côté malade, rarement sur le côté sain. Quelquefois cependant le décubitus sur le côté malade augmente la douleur, la toux et la dyspnée, et devient impossible. Souvent, au début de la maladie, le décubitus est latéral; plus tard, il devient indifférent. Quelquefois, tant que la douleur existe, le coucher sur le côté malade augmente la douleur; lorsqu'elle a disparu, le décubitus sur le côté sain devient impossible à son tour, parce qu'il augmente la dyspnée. La dyspnée est quelquefois si forte que la position assise, est seule possible. Assez souvent changement fréquent de position, agitation, surtout dans la première enfance; parfois immobilité complète, ou seulement un peu de langueur, souvent de la faiblesse, de la courbature.

2° *État de la face.* Face pâle; quelquefois rouge au début, soit des deux côtés, soit d'un seul; assez souvent livide. Physionomie parfois triste, inquiète; quelquefois exprimant la douleur, l'abattement; quelquefois grippée; yeux ternes quelquefois à une période avancée. Chez quelques jeunes enfants, front ridé seulement pendant le sommeil. Face quelquefois terreuse.

3° *Habitude extérieure.* Peau de tout le corps pâle, quelquefois sèche; parfois quelques vergetures aux extrémités.

4° *Ictère.* Cette coloration accompagne la pleurésie chez les nouveau-nés; elle n'en est point un symptôme, comme l'a pensé Dugès. Si l'ictère peut être un des symptômes de la pleurésie de l'enfance, ce fait est au moins fort rare, de même que cette coloration de la peau est rare chez les enfants dans la pneumonie.

5° *Eruptions.* Dans un petit nombre de cas, éruption anormale de papules pendant le cours de la pleurésie chez un enfant affaibli par la pleurésie, éruption de *pemphigus* (M. Baron père). Quand une éruption se développe pendant le cours de la pleurésie, ou la pleurésie pendant le cours d'une éruption, celle-ci est modifiée; elle devient éphémère ou disparaît.

6° L'*amaigrissement*, lorsque la pleurésie se prolonge, peut aller jusqu'au marasme.

7° L'*œdème*, dont le développement est si facile chez les enfants, n'est pas rare comme symptôme de la pleurésie. Il s'ob-

serve à toutes les périodes de l'enfance, surtout chez les enfants très jeunes, et il peut être général ou partiel, pouvant, dans ce dernier cas, occuper isolément chacune des parties du corps.

8° L'*endurcissement du tissu cellulaire* a paru quelquefois à M. Baron père être l'effet de la pleurésie. M. Baron l'a vu augmenter manifestement lors du développement de cette affection.

9° *Fièvre.* Dans beaucoup de cas, chaleur intense par intervalles, au début de l'affection principalement. Lorsqu'elle tend à une terminaison fatale, refroidissement, soit de toute la peau, soit des extrémités seulement. Dans les inflammations de poitrine chez les enfants, la région mammaire est plus chaude que les autres régions (M. Kenke). Le *frisson* chez les enfants très jeunes est assez difficile à reconnaître; facile, au contraire, dans la seconde enfance. Les *sueurs* sont rares. *Chaleur de la peau*, naturelle dans les cas peu graves. *Pouls* variable, plus souvent fréquent. M. Baron l'a trouvé variant de 80 à 130, de 100 à 140, de 100 à 160; lorsqu'une pneumonie coexiste, il prend une telle fréquence, qu'il est impossible de le compter.

Pouls lent, irrégulier, dans des cas où il y avait une complication cérébrale; plus souvent petit, filiforme, insensible; assez fréquemment serré et dur. Dans un cas observé par M. Favrot, pouls plus petit à gauche qu'à droite, en même temps que l'épanchement pleurétique était plus abondant à gauche qu'à droite. Fièvre le plus souvent continue dans la pleurésie aiguë; dans un grand nombre de cas, redoublements, le plus souvent vers le soir, quelquefois la nuit, et même pendant le jour.

10° *Palpitations*, rencontrées quatre fois par M. Baron. Il y avait dans un des cas qu'il a observés un épanchement dans le péricarde, et dans un autre, cité par M. Campaignac, il y avait hypertrophie du ventricule gauche et dilatation des cavités droites du cœur.

11° *Symptômes cérébraux.* M. Baron rappelle les divers symptômes cérébraux qui ont été observés, soit par lui-même, soit par d'autres auteurs, dans le cours de la pleurésie : convulsions, surtout chez les jeunes enfants, céphalalgie, délire, assoupissement, coma, dilatation des pupilles, strabisme, contracture et raideur des membres. Il fait observer qu'il a trouvé à l'autopsie, soit une méningite aiguë ou chronique, soit une encéphalite,

soit une congestion cérébrale, soit d'autres états pathologiques du cerveau. Dans les cas analogues cités par Billard, Constant, MM. Cruveilhier, Favrot, Rillet et Barthez, il y avait, dit M. Baron, une pneumonie à laquelle on pouvait attribuer principalement ces symptômes. Ces accidents sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles, ainsi que l'a dit Boerhaave ; plus fréquents, dit M. Baron, chez les enfants forts que chez les enfants délicats, excepté les convulsions, qui sont plus fréquentes chez les derniers.

12° *Symptômes abdominaux.* — Chez les enfants très jeunes surtout : vomissements de boissons, d'aliments, de bile, de mucosités, de matières sanguinolentes, en même temps qu'il y a épanchement sanguinolent dans la plèvre; sécheresse, rougeur ou enduit muqueux de la langue, soif, diarrhée de matières jaunes ou vertes, tension de la paroi abdominale, météorisme; constipation chez certains sujets de la seconde enfance; inappétence, refus du sein; souvent appétit conservé. Ces symptômes ne sont pas toujours dus à une affection des voies digestives.

M. Baron n'a jamais observé dans la pleurésie les urines critiques, regardées comme fréquentes dans les inflammations de poitrine chez les enfants par M. Kenke.

Marche, durée de la maladie et mode de terminaison. — Début souvent brusque. La plurésie passive se développe avec lenteur; souvent impossibilité de préciser le début par suite de l'ignorance où l'on est sur l'existence de la douleur, ou par suite d'une maladie préexistente qui masque les symptômes de la pleurésie.

M. Baron expose le tableau rapide des symptômes dans l'ordre de leur succession : douleur, agitation, fièvre, respiration accélérée, dyspnée légère; puis, matité, commençant ordinairement par la partie postérieure et inférieure et s'étendant de là en haut et en avant; absence de bruit respiratoire, et dans quelques cas, égophonie ou bronchophonie égophonique, cessation de la douleur, agitation, cris, respiration plus fréquente; dyspnée; cessation ou diminution de la fièvre, respiration bronchique bientôt remplacée par l'absence du bruit respiratoire; puis, diminution de la matité, apparition du bruit vésiculaire dans les points où

on ne l'entendait plus. Pendant quelque temps, légère diminution de sonorité aux endroits qui étaient mats.

Si la maladie se prolonge, rémissions et exacerbations alternatives; quelquefois régulièrement alternatives, et alors la pleurésie est intermittente et périodique. La cause de ces recrudescences est quelquefois appréciable, comme le froid; d'autres fois elle reste inconnue.

Les symptômes dont la marche offre le moins de continuité sont la dyspnée qui revient quelquefois par accès, et la fièvre dont les exacerbations arrivent ou chaque soir, ou même à intervalles plus rapprochés. La fièvre peut ne pas exister au début. Il est des enfants en quelque sorte trop faibles pour que la fièvre se développe en eux. La chaleur de la peau diminue à mesure que le pouls s'accélère et devient plus petit. Dans les cas heureux, au contraire, la fièvre est un des symptômes qui cèdent les premiers, souvent pour ne plus revenir.

La douleur, lorsqu'elle existe, cesse peu après le début, pour reparaître à l'époque des recrudescences.

La dyspnée, quelquefois produite par la douleur, ordinairement par l'épanchement, surtout lorsqu'il est double, se prolonge dans quelques cas jusqu'à la mort.

L'agitation chez les plus jeunes enfants est continuelle, ou par intervalles, et alors elle a lieu surtout pendant la dyspnée.

Dans la plupart des cas, au début, l'auscultation et la percussion n'indiquent rien de particulier à la pleurésie. Quel est l'espace de temps qui sépare le développement de la pleurésie et la formation de l'épanchement? Selon Dugès, la matité ne survient guère que vers la fin de la maladie. Cependant M. Baron a trouvé chez plusieurs sujets l'épanchement au bout d'un jour, chez d'autres au bout de deux, trois ou quatre jours; les cas sont rares où il n'a pas trouvé l'épanchement dès les premiers jours. L'épanchement étant souvent de quelques cuillerées seulement, M. Baron fait observer qu'il peut ne pas être indiqué par la matité.

Lorsque la maladie se prolonge, on voit l'épanchement se frayer un passage, soit par les voies aériennes, au moyen d'une communication établie entre la cavité des bronches et celle de la plèvre (M. Cruveilhier), soit à travers les parois thoraciques;

MM. Cruveilhier, Andral et Gérard citent chacun un exemple de cette terminaison. J'ai moi-même observé un fait semblable, il y a plusieurs années, chez un enfant de cinq ans, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, dans le service de M. Hellis, dont j'étais alors élève. Comme dans les cas dont parle ici M. Baron il se forma une tumeur fluctuante, on attendit pendant quelque temps afin qu'elle souvrît spontanément; des accidents causés par le vaste épanchement qui existait obligèrent à lui ménager par la lancette une issue à travers la paroi thoracique antérieure du côté gauche.

Lorsque la pleurésie est double, il est souvent difficile, chez les nouveau-nés, de saisir le moment précis du début de la pleurésie de chaque côté, et par conséquent l'intervalle qui les sépare.

La durée de la pleurésie peut être d'un jour seulement, de plusieurs semaines, de plusieurs mois, de plusieurs années. La pleurésie chronique est moins fréquente que la pleurésie aiguë; la pleurésie, ainsi que M. Berton l'a indiqué, peut être chronique dès le début.

La pleurésie se prolonge dans un plus grand nombre de cas de guérison, que lorsqu'elle se termine par la mort. La durée est d'autant plus courte que les enfants sont plus jeunes. Chez les nouveau-nés surtout, la marche de cette affection est très rapide. Une circonstance que M. Baron est tenté de considérer comme un effet du hasard, c'est qu'elle a duré, dans les cas qu'il a observés, beaucoup moins longtemps chez les filles que chez les garçons. Elle est plus courte chez les garçons robustes.

Il est une affection concomitante qui n'abrége pas la durée de la pleurésie : c'est la tuberculisation pulmonaire; souvent même la pleurésie se prolonge avec celle-ci : il en est ainsi de la pleurésie chez les scrofuleux. Fréquemment sèches et de courte durée, quelquefois elles déterminent un épanchement, et alors leur marche est lente. *(La suite et fin au cahier suivant.)*

REVUE HYGIÉNIQUE.

Pour comprendre la nécessité de l'enseignement de l'hygiène des enfants poussé jusqu'à l'enseignement de la médecine pré-

ventive, et adressé aux mères, il faut que le médecin soit père de famille. L'amour du père, sans cesse alarmé sur la santé de ses enfants, fait taire les préjugés du médecin. Pour apprécier l'importance d'un enseignement méthodique d'hygiène, en vue des générations, il suffit de cette réflexion : Laisser les enfants contracter des constitutions vicieuses et dégradées, des maladies qui laissent après elles, dans la santé des enfants, les tristes marques de leur passage, quand on pouvait en prévenir le développement, c'est permettre aux plus redoutables fléaux de venir troubler le bonheur des familles et altérer la source des populations.

Si, en lisant nos études sur l'hygiène, le lecteur se trouvait tenté de nous adresser le reproche d'entrer quelquefois dans des explications auxquelles le bon sens pouvait suppléer, nous le prierions de se souvenir que nous écrivons et pour ceux qui savent et pour ceux qui ne savent pas, pour ceux qui s'instruisent en pensant, mais aussi pour ceux qui n'apprennent qu'en lisant. Pour les premiers, je le sais, il suffirait d'avoir l'art de peindre ; mais pour les seconds, esprits peu exercés, il faut que nous ayons la patience de dire. D'un autre côté, la méthode que nous voulons suivre pourrait, sous le rapport de l'ensemble, nous faire accuser de trop de réticences, d'un laconisme exagéré. Il faut donc que le lecteur soit prévenu que notre intention est de ne donner d'abord que des notions générales, nous proposant d'entrer plus tard et progressivement dans les détails. On sera ainsi initié par degrés aux études de plus en plus difficiles de l'hygiène. Ces études seront donc véritablement un enseignement méthodique. Si les livres écrits sur l'hygiène sont trop dogmatiques, c'est précisément parce qu'ils ne ménagent pas aux lecteurs une introduction graduelle qui permette aux esprits les plus étrangers à l'étude des sciences de n'arriver aux parties difficiles et compliquées qu'après avoir saisi les notions les plus simples, les plus générales. Une revue pouvait seule se prêter à cette marche progressive, ascensionnelle, de l'enseignement. Ainsi, aux détails insuffisants de la première série d'études viendront se joindre dans les séries suivantes des détails plus étendus qui représenteront les progrès de la science. Alors nous traiterons longuement de l'influence de chaque maladie en particulier sur l'enfant, nous

insisterons sur beaucoup d'affections, d'accidents et de circonstances que nous aurons à peine vues dans le rapide coup d'œil de la première série de nos études, qui ne sera qu'une vue d'ensemble. Par cette méthode, nous aurons trouvé le moyen de répondre aux exigences des hommes du monde et aux exigences des hommes de la science.

Études sur les rapports de la grossesse et de l'accouchement avec l'hygiène de l'enfant avant et après sa naissance.

Le perfectionnement de l'espèce humaine, dit Rioffrey, doit commencer par le perfectionnement physique de la femme. Cette vérité n'entraînait pas pour nous la nécessité de commencer nos études d'hygiène par l'éducation physique de la femme dans son enfance. Cette étude spéciale trouvera sa place à l'époque où nous tracerons l'hygiène des enfants considérée relativement à la différence des sexes.

La première question où l'on commence à entrevoir un côté pratique dans l'étude de ce qui concerne le fœtus, c'est l'influence sur lui des conditions physiques et morales où se trouve la mère. Ces impressions peuvent se faire sentir sur l'enfant avant sa naissance. Adressons donc aux femmes enceintes une instruction solide qui leur inspire des idées justes sur leur nouvel état, une instruction capable de les soustraire ainsi que leur enfant aux funestes effets des préjugés qui viennent les obséder au moment où elles sont plus que jamais impressionnables.

Maladies des femmes enceintes.

Ce titre comprendra divers accidents physiologiques, tels que les goûts bizarres, les appétits déréglés, etc., qui peuvent survenir chez les femmes enceintes, et qui, pour n'être que des incommodités, n'en troublent pas moins les fonctions, et peuvent devenir dangereux par leurs progrès. Nous exposerons les effets que ces états divers produisent sur le fœtus, et les moyens de prévenir, soit les maladies elles-mêmes, soit leur influence sur l'enfant.

La grossesse étant un état naturel, ne produit point de maladie

par elle-même ; elle n'est que l'occasion du développement de quelques affections qui dépendent de certaines dispositions de l'organisme. Les maladies aiguës : fièvres, inflammations, fièvres éruptives et certaines affections chroniques, produisent sur l'enfant, les premières par leur violence, les secondes par leur longue durée, de funestes effets. Déjà Galien avait fait remarquer que les maladies inflammatoires font périr le fœtus. L'enfant peut échapper à ce danger, mais alors, ou la mère, pour conjurer la mort, se soumet à une diète sévère, dans ce cas, l'enfant meurt faute de nourriture ; ou bien, dans la vue de conserver la vie à son enfant, elle prend des aliments, alors la maladie devient plus grave, et si la mère ne succombe pas, le fœtus au moins périt. Lorsque, chez les femmes enceintes, surviennent des affections chroniques : fièvres intermittentes, toux, jaunisse, affections spasmodiques, cachexies (dépravation des humeurs), elles sont d'autant plus nuisibles au fœtus qu'elles sont vives, récentes, contagieuses, comme les maladies vénériennes, la variole, la rougeole, etc.

Telles sont les sympathies qui existent entre la mère et le fœtus que, selon certains auteurs, les accidents qui surviennent chez l'un ou chez l'autre les affectent tous deux. Toutefois, il est des dispositions morbides qui sont particulières au fœtus et qu'il ne partage pas avec sa mère.

A la division de la grossesse en trois périodes, chacune de trois mois, correspondent trois groupes d'accidents dont le premier, relatif au premier temps, comprend les phénomènes suivants : nausées, vomissements, dégoûts, appétits dépravés, désordonnés, cardialgies (douleurs d'estomac), douleurs en diverses parties du corps, hoquets, vertiges, lassitudes, oppressions, cours de ventre de diverses espèces, pertes de sang, cachexies, défaillances, syncopes, etc. Le groupe correspondant au second temps se compose des phénomènes suivants : toux, palpitations, aigreurs, défaillances, hémorragies, relâchement de la matrice, insomnies, douleurs aux lombes et aux cuisses, etc. Le groupe de phénomènes dont s'accompagne le troisième temps se compose de suppressions ou incontinences d'urine, de difficultés d'uriner, constipations, ténesme, hémorroïdes, varices aux jambes et aux cuisses, gonflement et œdématies dans les extrémités inférieures,

écoulements séreux par la vulve, spasmes de la matrice, disposition toute particulière à faire des chutes, etc.

Tous ces accidents, ceux même qui paraissent les moins graves, portent le trouble dans l'économie; il en résulte souvent des maladies dangereuses pour la mère et pour l'enfant. Il faut donc être instruit des effets morbides qui résultent de ces accidents pour chercher à les prévenir. Il faut savoir que ces maladies ne sont point le fait de la grossesse elle-même, mais quelles prennent leur source dans certaines causes générales et particulières qu'il importe de connaître.

On attribue à la cessation des m nstrues les maladies qui surviennent dans les premiers temps de la grossesse; celles qui surviennent dans les autres temps, à la dilatation de la matrice, à son accroissement de volume et à la contrainte où elle met les viscères, les muscles et les vaisseaux.

Si les femmes qui conçoivent se trouvaient dans toutes les conditions d'une santé parfaite, elles ne seraient point exposées à cette longue suite d'incommodités qui les font languir pendant toute la durée de la gestation. Les femmes qui jouissent d'une bonne santé, qui se livrent à un exercice modéré, qui observent un régime de vie convenable, qui ne sont pas soumises à des influences morales pénibles, ces femmes ne sont pas exposées à ces accidents, ni leur enfant aux langueurs qui en sont les suites constantes. Si tous les organes se trouvaient libres, si leurs fonctions s'exécutaient sans contrainte, s'il n'y avait pas dans certaines parties de l'organisme excès de faiblesse, d'irritabilité; si le sang qui, avant la grossesse, ne s'évacuait périodiquement que parce qu'il était abondant et superflu, pouvait circuler librement pendant le temps de la grossesse où il devient nécessaire; si, en un mot, les causes qui produisent les malaises et les affections du premier temps n'existaient pas, on verrait moins survenir les maladies des deux autres époques qui se lient et s'enchaînent entre elles comme avec celles de la première période; on ne verrait point par suite de ces causes, dont la principale est l'inégalité de la circulation, se produire ces cachexies qui compromettent la vie de la mère et celle de l'enfant.

La conception produit chez les femmes une espèce de saisissement général qui intéresse tous les sens. Chez les femmes valé-

tudinaires, ce saisissement laisse après lui des dispositions qui peuvent faire dégénérer leurs fonctions. Le nouvel être formé dans l'utérus de la mère exige de nouvelles directions dans la distribution des liquides et dans les mouvements des solides. Si la femme trouve dans son organisme des ressources suffisantes pour soutenir le travail des fonctions nouvelles, sa santé se soutiendra. Que cet ordre de fonctions approprié aux besoins de la mère et du fœtus vienne à manquer, alors des incommodités, des maladies vont survenir, qui porteront leur action sur la mère et sur le fœtus. Ainsi, chez une femme délicate, l'évacuation périodique des menstrues suivait son cours naturel ; cette femme devient enceinte ; tout à coup la grossesse imprime de nouvelles directions aux phénomènes de l'économie : distribution irrégulière du sang dans les vaisseaux, distribution irrégulière de tous les liquides, désordre dans les mouvements des solides, perturbation dans les fonctions ; de là, chez cette femme, les principales maladies de la grossesse.

Si la cessation des règles était la véritable cause des accidents qui se déclarent chez les femmes enceintes dans les premiers temps de la grossesse, les femmes robustes n'en seraient pas plus affranchies que les femmes délicates.

Quelles sont les causes des appétits déréglés, de ces appétits qui font désirer les mets de haut goût, les aliments salés, épicés, les liqueurs spiritueuses? Ce genre d'affection a-t-il pour cause une certaine débilité de l'estomac à laquelle la femme chercherait instinctivement à remédier par des aliments capables de ranimer les organes de la digestion? Le dégoût, l'appétit dépravé, viennent-ils de ce que, par suite des digestions imparfaites, les sucs nécessaires à la digestion s'altèrent : ainsi la salive, le suc gastrique, etc.; de ce que la bile, mal élaborée, se déprave, et que du mélange de ces liquides dans l'estomac résultent pour cet organe des irritations qui émoussent le goût et le pervertissent ? Ce que nous venons de dire de la bile n'est pas une théorie, c'est un fait démontré par les excrétions irrégulières des matières fécales qui ont une odeur cadavérique et une couleur grisâtre.

La cardialgie est une douleur violente qui se fait sentir particulièrement à l'orifice supérieur de l'estomac, appelé *cardia*, qui intéresse également le pylore, orifice inférieur de l'estomac,

ainsi que le corps de cet organe. Elle s'accompagne de défaillances, de palpitations, de sueurs froides, de vives inquiétudes, d'oppression, d'abattement des forces, d'envie de vomir, de frissons spasmodiques des extrémités, de quelques mouvements nerveux généraux, etc. Quelles sont les causes de cette douleur?

1° Souvent elle est spasmodique et venteuse.

2° Elle dépend quelquefois de la présence dans l'estomac et dans l'intestin qui lui fait suite (duodénum) de liquides irritants. Cette dernière espèce de cardialgie se distingue des autres par le petit nombre de symptômes qui l'accompagnent; elle n'a lieu qu'après une suite de mauvaises digestions, tandis que la cardialgie spasmodique survient souvent bientôt après la conception.

3° Parmi les causes de cardialgies violentes mentionnées dans les auteurs, nous citerons la présence de graviers retenus dans les conduits sécréteurs de l'urine, de pierres arrêtées dans les canaux excréteurs de la bile.

4° La présence de poisons corrosifs ingérés dans l'estomac, des émétiques, des purgatifs violents.

5° La suppression subite d'une dyssenterie épidémique.

6° Le chagrin et la colère, par les vives impressions quelles font sur le système nerveux.

7° Chez les femmes enceintes, la présence d'une certaine quantité de sang retenu dans les membranes du colon et du rectum, porté ensuite par métastase dans celles de l'estomac, principalement vers l'orifice *cardia*. De telles métastases, si elles avaient lieu, seraient bientôt suivies de fièvre et d'inflammation, et alors se manifesteraient d'autres symptômes que ceux de la cardialgie.

8° L'afflux du sang avec abondance vers l'estomac et le diaphragme; mais disons que ce n'est là qu'une induction de ce qui a été constaté par l'autopsie chez les personnes mortes d'un asthme *stomacal*, spasmodique, et chez lesquelles on a expliqué par la présence de concrétions polypeuses au cœur les obstructions de la circulation, et par suite l'afflux abondant du sang vers l'estomac et le diaphragme.

9° La suppression des hémorroïdes, la suppression ou le retard des règles, ou plutôt la cause qui les supprime ou les suspend.

Souvent en effet, chez une femme enceinte, la pléthore détermine la cardialgie, tous les mois, à l'époque où les règles apparaissaient avant la grossesse. Outre la cardialgie, la femme enceinte peut ressentir des douleurs aux reins, aux lombes, aux seins, à la tête, aux dents. Ajoutons l'appesantissement de tout le corps, la lassitude des membres, symptômes qui proviennent tous des mêmes sources : la délicatesse, la faiblesse, l'irritabilité, l'éréthisme des tissus ou tension violente des fibres. Toutes ces douleurs peuvent être rendues plus vives encore par la dilatation de la matrice, l'extension de ses ligaments, le poids de cet organe sur les parties douloureuses. Aux ligaments larges on attribue la douleur des lombes, aux ligaments ronds celle des aines, du pubis et des cuisses.

L'éréthisme des parties constituantes du bassin gêne le cours du sang vers les membres inférieurs; ce fluide reflue vers les parties supérieures, il y coule avec lenteur et s'y distribue avec irrégularité. De là, des vertiges, des douleurs de tête (céphalalgies); de là, afflux du sang dans la substance spongieuse des gencives, et alors, douleurs dentaires, lenteur et irrégularité de la circulation du sang dans les poumons; et de là, des oppressions, des palpitations : alors le pouls est faible, quelquefois languissant.

Lorsque la matrice est en souffrance, ordinairement les seins sont en même temps affectés. La circulation ne s'y faisant pas aisément, ils se gonflent et deviennent douloureux; c'est ce qui arrive d'ailleurs chez beaucoup de femmes aux approches de leurs règles. Chez les femmes pléthoriques, le retard du sang dans les vaisseaux occasionne des engorgements qui augmentent les accidents qui sont dus à la délicatesse des tissus, à leur relâchement, à leur éréthisme, à leur irritabilité, phénomènes qui ont eux-mêmes une cause indépendante de la grossesse, et qui sont toujours occasionnés par des abus commis dans le régime.

Dans les prochains cahiers, nous continuerons l'examen des maladies des femmes enceintes; nous traiterons de leurs effets relativement au fœtus, et nous indiquerons les moyens de les prévenir, de les combattre.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MÉDICALE.

Pleurésie simple occupant toute la hauteur du côté gauche de la poitrine. — Mort le septième jour. — Observation recueillie par M. LEGENDRE, interne à l'hôpital des Enfants-Malades, service de M. Baudelocque.

Au n° 17 de la salle Sainte-Catherine à l'hôpital des Enfants, est entrée, le 29 décembre 1840, la nommée Poincelet, âgée de 5 ans. C'est une petite fille brune, bien constituée, et forte pour son âge; son intelligence est bien développée. Ses parents nous rapportent que, le 26 décembre, elle fut prise d'un mal de gorge et de plusieurs vomissements bilieux, et le lendemain d'une éruption scarlatineuse qui ne dura qu'un jour. Comme cette enfant toussait et avait beaucoup de fièvre, on la conduisit à l'hôpital, où son état ne tarda pas à s'améliorer rapidement.

Le 6 janvier, cette petite, tout à fait bien depuis plusieurs jours, sans fièvre, mangeait de bon appétit, et, restant levée toute la journée, devait être rendue sous peu de jours à ses parents, lorsque le 6 janvier au soir, sans cause occasionnelle appréciable, elle est prise de fièvre et d'un point de côté qui siége un peu au-dessous du mamelon gauche; la percussion augmente la douleur, mais ne décèle pas de matité. En arrière, dans les deux tiers inférieurs, existent de la matité et de la respiration bronchique.

(Mauve, sirop de gomme, cataplasme sur le côté gauche de la poitrine. Diète.)

7 janvier. Décubitus dorsal, face rouge, la douleur du côté est la même, peau chaude, 120 pulsations et 72 respirations par minute; toux grave, assez fréquente, expectoration de crachats opaques, arrondis, grisâtres, non visqueux. Du côté droit, le son est très clair, et le murmure respiratoire parfaitement pur; à gauche, en arrière, respiration bronchique et bronchophonie depuis l'épine de l'omoplate jusqu'au bas; la percussion fournit un son mat dans la même étendue; dans la fosse sus-épineuse, on perçoit le murmure vésiculaire.

(Mauve, sirop de gomme, loock blanc, cataplasme sur le côté gauche de la poitrine. Diète.)

8 janvier. La face est plus rouge qu'hier, la langue est humide, un peu chargée au centre, soif vive, inappétence, abattement. Le décubitus est dorsal, mais en même temps la petite malade est un peu inclinée sur le côté gauche, le point de côté persiste; 120 pulsations, 64 respirations par minute, les inspirations sont courtes, saccadées. Mêmes signes à l'auscultation et à la percussion.

(Mauve, sirop de gomme, loock blanc, 6 sangsues en regard du point douloureux, laissez saigner les morsures pendant deux heures, seconde application conditionnelle de sangsues pour le soir. Diète.)

Le soir, au lieu que l'état de cette petite malade se soit amélioré, on constate que la respiration bronchique s'entend aussi dans la fosse sus-épineuse gauche; en avant, on entend également du souffle. Du côté droit, le murmure respiratoire est exagéré. On applique 3 nouvelles sangsues vers la base de l'aisselle gauche.

9 janvier. La figure est moins colorée, il en est de même des lèvres. La langue est humide, un peu blanche au centre, son limbe est d'un rose pâle. Le pouls est devenu plus fréquent, 144 pulsations au lieu de 120; il en est de même de la respiration : aussi, au lieu de 64 respirations par minute, on en compte 80. Quand on met cette enfant sur son séant pour l'ausculter, la respiration acquiert encore plus de fréquence, et devient en outre saccadée, plaintive; le point de côté est peu diminué. Toujours du souffle et de la matité dans toute la hauteur de la poitrine en arrière et en avant du côté gauche.

(Mauve, sirop de gomme, julep avec 15 centigrammes d'émétique et 15 grammes de sirop diacode. Diète.)

Le soir, à 5 heures, la petite malade est couchée sur le côté gauche; légère injection des pommettes, langue humide, toujours pâle vers ses bords; bien qu'on n'ait encore administré

que trois cuillerées de la potion, quatre vomissements ont eu lieu; les matières rejetées sont verdâtres, la respiration est douce, non plaintive, moins accélérée que le matin, le pouls est faible, 136 pulsations, la peau est modérément chaude, halitueuse : on ajoute 4 grammes de sirop diacode dans ce qui reste à prendre de la potion; les vomissements ne se reproduisent plus après cela.

10 janvier. Pas le moindre changement.

(Même prescription.)

11 janvier. Décubitus dorsal, abattement notable, face peu colorée, langue humide, pâle, chaleur modérée de la peau, la respiration et le pouls sont devenus moins fréquents, 120 pulsations au lieu de 140, et 40 respirations au lieu de 80. L'état local de la poitrine reste toujours le même. En arrière, à gauche, on entend, dans toute la hauteur de la poitrine, de la respiration bronchique et de la bronchophonie; on entend également du souffle à la partie antérieure de la poitrine.

Hier, la potion stibiée a été bien supportée, elle n'a provoqué ni vomissements ni selles.

(Rien de changé à la prescription.)

12 janvier. L'état de cette petite n'offre aucun changement bien marqué, le pouls est à 120, la respiration est à 48. L'auscultation et la percussion ne révèlent pas la plus légère amélioration dans l'état local.

(Mauve, sirop de gomme, julep avec 15 centigrammes d'émétique et 25 grammes de sirop diacode. Vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine vers la base.)

Dans la journée, pas de vomissements, mais deux selles liquides; pas de douleurs abdominales.

13 janvier. Cette petite fille succombe tout à coup et sans agonie à 7 heures du matin; quelques secondes auparavant, elle avait encore parlé, et rien ne faisait présager une mort aussi prompte. Autopsie 30 heures après la mort.

La raideur cadavérique a disparu, aucune trace de putréfaction. Le côté gauche du thorax percuté avant son ouverture rend un son mat dans toute sa hauteur, et cela aussi bien en avant qu'en arrière.

La cavité pleurale gauche est remplie d'un liquide séreux,

louche, légèrement verdâtre, dans lequel nagent des fausses membranes irrégulières, d'un blanc jaunâtre, très épaisses, et se déchirant au moindre effort de traction.

Le poumon gauche est revenu sur lui-même; il est appliqué contre la colonne vertébrale : la scissure interlobaire vers sa partie moyenne est réunie par des fausses membranes molles, jaunâtres, se déchirant facilement. La surface des poumons, surtout vers son bord postérieur, est recouverte d'une fausse membrane rougeâtre moins épaisse que les précédentes, mais qui, vu son organisation plus avancée, peut s'enlever par lambeaux de 3 à 4 centimètres d'étendue.

La plèvre costale est tapissée de fausses membranes, jaunes, verdâtres, molles et épaisses; au-dessous d'elles, on remarque une injection prononcée des vaisseaux sous-pleuraux.

Le tissu du poumon gauche, molasse mais difficile à déchirer, est d'une couleur grisâtre; il n'offre aucune trace de vésicules et plonge au fond de l'eau. Dans son intérieur, on ne découvre pas la plus petite granulation grise demi-transparente, le moindre tubercule creux.

Le poumon droit s'affaisse à peine après l'ouverture du thorax; il est très léger; à la surface des lobes supérieur et moyen, on voit un assez grand nombre de lobules emphysémateux que l'on reconnaît à leur décoloration, à leur saillie légère au-dessus des lobules environnants, et enfin à ce que les vésicules sont plus apparentes. Ces lobules emphysémateux s'affaissent après qu'ils ont été piqués et que l'air qu'ils contenaient a pu s'échapper.

Pas d'épanchement dans le péricarde. *Cœur*. Les cavités gauches, revenues sur elles-mêmes, sont vides de sang; les cavités droites contiennent un petit caillot et un peu de sang liquide.

Ganglions bronchiques. Ils sont peu volumineux; un seul, placé vers la racine des branches du poumon droit, est converti en matière tuberculeuse.

Organes digestifs. On n'observe rien sur la langue ni sur le voile du palais, mais sur la partie latérale droite du pharynx, à la hauteur du repli aryténo-épiglottique droit, on remarque une plaque irrégulière de 6 millimètres de diamètre environ, blanchâtre, légèrement saillante, au-dessus de la muqueuse environnante, et entourée d'une légère arborisation vasculaire; par le

râclage, cette plaque, comme pseudo-membraneuse, s'enlève par débris.

L'œsophage et l'estomac n'offrent rien à noter.

La muqueuse intestinale est d'un gris légèrement rosé; elle n'est ni épaissie ni ramollie, et peut s'enlever par lambeaux d'une bonne consistance. Les plaques de Payer sont à peine apparentes, mais dans la moitié inférieure de l'intestin grêle, et dans toute l'étendue du gros intestin, les follicules de Brunner, sont plus apparents que d'ordinaire.

Les ganglions mésentériques sont sains et d'un petit volume.

Un fait qui doit nous frapper dans cette observation, c'est l'issue rapide et funeste de la maladie, d'autant plus que l'autopsie vint nous révéler que l'épanchement n'était pas purulent, et surtout qu'il n'existait pas le plus petit tubercule pulmonaire, circonstance que M. Louis a considérée avec raison comme très favorable à la guérison de la pleurésie chez l'adulte. L'observation que je rapporte serait de nature à faire penser qu'il n'en est peut-être pas de même chez les enfants en bas âge, et que chez eux un épanchement simple, mais considérable, peut amener la mort p obablement par les troubles qu'il produit dans la respiration; cette fonction ne pouvant pas être impunément réduite de moitié chez eux comme chez les adultes. Un second fait, semblable à celui-ci, me fortifie encore dans l'opinion que j'émets sur la gravité de la pleurésie simple, mais très étendue chez les enfants en bas âge. Dans les derniers jours de janvier de cette année, on amena à l'hôpital des Enfants-Malades, dans un état d'asphyxie imminente, une petite fille de 4 ans et demi, forte, assez grasse et bien constituée; elle succomba avant que je pusse l'observer; j'en fis néanmoins l'autopsie, ayant constaté auparavant que le côté droit de la poitrine était parfaitement sonore à la percussion, tandis que le côté gauche rendait un son complètement mat dans toute sa hauteur, et aussi bien sous la clavicule que dans les autres points. Ayant incisé les parois thoraciques, il s'échappa du côté gauche un flot de sérosité citrine assez limpide qui remplissait tout le côté gauche de la poitrine; quelques fausses membranes molles, grisâtres, flottaient librement au milieu de ce liquide; quant au poumon, appliqué contre la colonne vertébrale, et tapissé de fausses membranes molles,

grisâtres, peu épaisses et infiltrées de sérosité, il était ratatiné dans tous les sens, et occupait un très petit espace dans la cavité thoracique. Le tissu pulmonaire, flasque, sous-crépitant, ayant un grand degré de cohésion, était d'une couleur d'un gris bleuâtre à son intérieur; son tissu plongeait au fond de l'eau et ne renfermait pas la moindre bulle d'air, ni la plus petite granulation tuberculeuse.

La plèvre costale était recouverte dans toute son étendue de fausses membranes molles, grisâtres, faciles à détacher, et au-dessous desquelles on voyait une arborisation de vaisseaux capillaires sous-pleuraux.

Le poumon droit n'offrait pas la plus légère altération, et ne renfermait pas le plus petit tubercule; il en était de même des ganglions bronchiques, chose assez rare chez les enfants dont on fait l'ouverture.

Tous les autres organes étaient parfaitement sains, et la mort ne pouvait être expliquée, comme chez notre première petite malade, que par la grande abondance de l'épanchement pleurétique.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des fractures chez les enfants, par F. L. TAVIGNOT.

(Article 2e.)

§ Ier. *Fractures du membre supérieur.*

Obs. XIIIe. — *Fracture de la clavicule droite.* — Le 3 juin est entré au no 12 de la salle Saint-Côme, le nommé Cœuiller, âgé de 4 ans et demi, de bonne constitution, ayant fait le 27 mai une chute dans un égoût de 22 pieds de profondeur; depuis ce temps il a constamment porté le bras en écharpe, mais il pouvait pourtant lui imprimer quelques mouvements, le porter à la tête par exemple. Le 1er juin, simple chute de sa hauteur. Douleurs plus vives. A son entrée, nous constatons une

fracture du tiers externe de la clavicule, avec dépression notable du fragment externe, et néanmoins possibilité de porter la main à la tête.—Application du bandage de Desault simplifié. Le malade est pris d'une rougeole, mais qui n'est pas suivie de complications. — Le 23, on retire l'appareil, légère difformité, consolidation parfaite, mouvements parfaitement libres et non douloureux. Durée du traitement, 20 jours.

Obs. XIV. — *Fracture de l'humérus gauche, rachitisme au 2e degré.* — Au n° 13 de la salle Sainte-Thérèse, est entrée le 16 mai, la nommée Peret, âgée de 2 ans, avec courbure très prononcée aux avant-bras. — Elle a fait, 15 jours avant son entrée, une chute qui a été suivie d'une fracture de la partie moyenne de l'humérus. — Elle fut traitée par le bandage ordinaire, puis par l'appareil dextriné. Bref la consolidation se fit longtemps attendre et ne fut guérie complètement que le 25 avril. Durée du traitement, en comptant les 15 jours passés chez elle, et pendant lesquels elle avait eu un appareil ordinaire, 54 jours.

Obs. XV. — *Fraction de l'extrémité inférieure de l'humérus gauche.* — Le 1er juin est entré au n° 10 de la salle Saint-Côme, le nommé Barien, âgé de 9 ans, de bonne constitution, ayant fait la veille et en courant une chute de sa hauteur sur la paume de la main, par suite de laquelle il s'est fracturé la partie inférieure de l'humérus; la fracture se rapproche évidemment de l'articulation, ainsi que l'attestent les douleurs que le malade éprouve dans ce point, ainsi que le prouve la crépitation que l'on y perçoit pendant les mouvements de flexion et d'extension imprimés à l'avant-bras. Lorsque, prenant l'extrémité inférieure de l'humérus au-dessus des condyles d'une main, et de l'autre ces condyles eux-mêmes, ou bien encore l'extrémité supérieure de 'avant-bras, on vient à vouloir imprimer des mouvements de latéralité ou même dans le sens antéro-postérieur, on ne peut y parvenir, ni déterminer de crépitation; de telle sorte que nous en concluons que la fracture n'est pas transversale, mais bien oblique et dans un sens que nous ne saurions déterminer à cause du gonflement. — Il est à peu près certain cependant qu'elle pénètre jusqu'à l'articulation elle-même. — Cataplasmes sur le siége de la tuméfaction.

Le 2, le gonflement est encore plus considérable; application

de 12 sangsues; le membre est placé sur un oreiller; l'avant-bras dans la demi-flexion.

Le 11, toute espèce de tuméfaction ayant disparu, nous procédâmes alors à l'application médiate de l'appareil Dextriné, toujours l'avant-bras dans la demi-flexion.

Le 26, on enlève l'appareil.—Consolidation complète. L'avant-bras reste à angle droit sur le bras, l'extension est impossible, mais il persiste encore un léger degré de flexion. — Durée du traitement, sans appareil, 11 jours; avec l'appareil 15 jours, en tout 26 jours. Nous avons revu depuis cet enfant et les mouvements se sont rétablis d'une manière presque complète.

OBS. XVI. — *Fracture de la clavicule gauche.* — Laverdure, de bonne constitution, âgé de 12 ans, entré le 27 mars. — Chute de sa hauteur, faite il y a 8 jours, sur l'épaule gauche. Impossibilité de porter depuis la main à la tête, douleurs assez vives pendant les mouvements du bras. On n'applique pas d'appareil en ville. — Le jour de son entrée, il peut porter sa main à sa tête et même sur l'épaule du côté opposé, et cela avec la plus grande facilité. — Nous constatons l'existence d'une fracture à la partie moyenne de la clavicule, dépression ordinaire du fragment externe. — Au niveau de la fracture, on sent une sorte de nosodité qui n'est autre chose qu'un commencement de cal; légère mobilité des deux fragments, pas de diminution dans la longueur de la clavicule. Mouvements du membre parfaitement libres. — Application de la ceinture de Boyer, modifiée par M. Guersant fils. — Convalescence parfaite le 11 avril. — Durée du traitement, 14 jours.

OBS XVII. — *Fracture de l'humérus droit. Rachitisme au 3e degré.* — Le 17 mars, est entré au n° 12 de la salle Sainte-Thérèse, la nommée Buisson, âgée de 4 ans et demi, née à Paris, offrant une courbure très prononcée des extrémités inférieures, le sternum saillant et fortement convexe à la partie inférieure, avec nudosités au niveau des articulations costo-sternales. — Elle a fait la veille une simple chute de sa hauteur et s'est fracturé la partie moyenne de l'humérus. Application du bandage roulé le 18. — Le 16 avril pas encore de consolidation.

Le 20 mai, le membre paraît assez solide, on renvoie l'enfant en conseillant de garder encore par précaution le bandage roulé. — Durée du traitement, 63 jours.

Obs. XVIII. — *Fracture du col chirurgical de l'humérus gauche.* — Le nommé Marcelin, âgé de 6 ans, de bonne constitution, est entré le 27 juin 1841, au n° 10 de la salle Saint-Côme. Le jour même il a fait une chute du haut d'un escalier jusqu'en bas; il prétend que le moignon de l'épaule a plus spécialement porté sur les marches. — A son entrée, douleurs vives, gonflement notable, impossibilité des mouvements du bras, adduction pouvant être facilement imprimée au bras. — Déformation de la partie supérieure du bras et de l'épaule, consistant en une dépression ou concavité très prononcée vers le bord postérieur du deltoïde; pas de dépression sous-acromienne en arrière, et au-dessous de l'acromien on sent la partie supérieure de l'humérus quelque peu mobile et évidemment tirée en arrière par l'action des muscles sus et sous-épineux, etc. — En avant, le bord antérieur de l'aisselle paraît plus bombé que de coutume. Mesuré de la clavicule à sa partie inférieure, la paroi antérieure de l'aisselle a 2 centimètres de moins que celle du côté opposé. L'axe du membre est dirigé obliquement de bas en haut et de dehors en dedans. — L'extrémité supérieure du fragment inférieur fait une légère saillie sous le grand pectoral, dont l'action contractile à évidemment produit le déplacement que je viens d'indiquer. — Mesuré comparativement du tubercule post-acromien à l'olécrâne, le raccourcissement est de 3 centimètres; d'ailleurs les mouvements soit en avant, soit en arrière, même les mouvements de rotation du membre, ne donnent aucune sensation de crépitation; ce fut seulement en pratiquant la coaptation que la crépitation devient sensible et manifeste. — Pendant ces différentes tentatives, les déplacements imprimés au fragment inférieur ne se communiquent en aucune façon au fragment supérieur que l'on sent très bien immobile dans la position qu'il occupe.

Le 28, application du bandage roulé ordinaire avec 3 attelles. Flexion de l'avant-bras. — Le soir, je trouve du gonflement de la main et de la douleur dans toute l'étendue du bras; je crois prudent de desserrer l'appareil.

Le 30, pas de douleurs bien vives. On continue l'application du bandage.

Le 11 juillet, on retire l'appareil, consolidation complète et régulière. — Durée du traitement, 14 jours.

Obs. XIX. — *Fracture de l'humérus gauche.* — Le 9 mai est entré au n° 27 de la salle Saint-Côme, le nommé Payen, âgé de 10 ans, de bonne constitution, ayant fait, deux heures auparavent, une chute d'une dizaine de pieds de hauteur, sur le coude; il s'ensuivit une fracture, sans notable déplacement du tiers supérieur de l'humérus. — Le 11, application de l'appareil Dextriné. — Le 21, pas d'accidents; celui-ci est un peu relâché. — Le 27, ablation de l'appareil et consolidation parfaite de la fracture. — Durée du traitement, 18 jours.

Obs. XX. — *Fracture des deux os de l'avant-bras gauche.* — Nous admettons le 13 mai au n° 18 de la salle Saint-Côme, le nommé Triquemeaux, âgé de 8 ans, de bonne constitution. S'étant laissé choir du haut d'une borne sur la paume de la main, il en résulta une fracture des deux os de l'avant-bras vers leurs tiers inférieurs, le radius fut fracturé plus bas que le cubitus, il y avait une légère tendance au déplacement en arrière des deux fragments inférieurs. Pas de trace de contusion.

Le 14, application de l'appareil ordinaire. Sorti le 30 mai parfaitement guéri. — Durée du traitement, 17 jours.

Obs. XXI. — *Fracture de l'humérus droit. Rachitisme au 3e degré.* — Le 26 avril est entré au n° 14 de Sainte-Thérèse, la nommée Samon, âgée de 11 ans, offrant une courbure très prononcée et à convexité externe des bras et des avant-bras, et une courbure presque anguleuse des membres inférieurs. — On nous rapporte que la malade s'est déjà fracturé le bras droit, qui a été guéri après un mois de traitement.—Le 24 avril, elle tombe de sa hauteur sans qu'on puisse savoir quelle est la portion du membre qui a porté. —Fracture à peu près transversale de l'humérus à la réunion de son tiers inférieur avec son tiers moyen; application du bandage roulé ordinaire. — Consolidation le 3 juin. — Durée du traitement, 37 jours.

§ II. — *Fractures du membre inférieur. — Fractures du fémur gauche.*

Obs. XXII. — Henri Oszivalt, 3 ans, entré le 23 avril au n° 24 de Saint-Côme, de bonne constitution, tombé la veille de sa hauteur; il s'est fracturé la partie moyenne de la cuisse gauche;

application de l'appareil ordinaire, 36 heures après l'accident. Il n'existait pas, à son entrée, de notable déplacement, ni de gonflement. — Le 29 avril, la consolidation parfaite de la fracture permit d'imprimer au membre des mouvements variés sans trace aucune de mobilité. — Durée du traitement, 16 jours.

Obs. XXIII. — *Fracture du fémur droit.* — Le 5 avril, on nous amena à la consultation la nommée Mathurine Colas, âgée de 20 mois, de constitution normale, ayant fait dix jours auparavant une chute dont les circonstances sont restées inconnues, toujours est-il qu'il existe une fracture simple de la partie moyenne du fémur droit. Il est facile de distinguer au niveau du point fracturé, qui ne se traduit pas d'ailleurs par de la crépitation, mais seulement par de la mobilité, un gonflement osseux en forme de virole. — Application de l'appareil ordinaire qui fut changé huit jours après, à cause de son mauvais état de propreté. — Le 20 avril, nous retirons l'appareil. La consolidation est complète. — Durée du traitement, 15 jours. Notons qu'avant notre diagnostic, la fracture avait été méconnue et qu'aucun appareil n'avait été appliqué.

Obs. XXIV. — *Fracture de la cuisse droite. Rachitisme au 2e degré.* — Le 2 avril est entré Charles Gromard, âgé de 3 ans. Courbure à un degré moyen et à convexité externe des cuisses et des jambes, et à concavité interne des bras et surtout des avant-bras. – Le 1er avril, une de ses sœurs, plus âgée que lui, tomba sur sa cuisse. De là une fracture à peu près transversale de la partie moyenne du fémur. — Application de l'appareil ordinaire 20 heures après l'accident. — Guéri le 3 mai. — Durée du traitement, 31 jours.

Obs. XXV. — *Fracture du fémur gauche.* — Au no 16 de Saint-Côme est entré le 2 juin le nommé Dellus, âgé de 3 ans et demi, bonne constitution, s'étant laissé tomber sur le sol le jour même, en courant dans une cour pavée. Fracture de la partie moyenne de la cuisse gauche; pas de gonflement ni de notable déplacement. Compresses d'eau froide, que je place sur le siége de la fracture.

Le 3, application du bandage roulé simple.

Le 8, application de l'appareil dextriné.

Dans le but de rendre inattaquable par l'urine cet appareil, j'appliquai pour la première fois sur un malade le *vernis* gras, dont j'avais préalablement expérimenté l'action préservative, dans le but de l'appliquer au cas particulier. Toujours est-il que, quoique l'enfant urinât continuellement au lit, le bandage dextriné n'en a pas été le moins du monde altéré, comme cela se voit toujours dans ces circonstances.

Le 28, l'appareil est aussi dur et résistant que s'il n'avait pas été mis en contact avec l'urine; on le retire en plongeant l'enfant dans un bain; il s'enlève alors avec la plus grande facilité. — Consolidation parfaite. — Notable gonflement osseux au niveau de la fracture. — Durée du traitement, 26 jours. Disons que l'appareil aurait pu être enlevé plus tôt. La fracture était certainement cicatrisée depuis plusieurs jours, mais le 23 le malade a été pris de la rougeole, et on n'a pas osé lui donner dans cette occurrence le bain nécessaire pour ramollir la dextrine.

Obs. XXVI. — *Fracture du fémur gauche.* — Le 8 mai est entré au n° 17 de Saint-Côme, le nommé Couty, agé de 3 ans, de bonne constitution; il s'est fracturé le jour même la cuisse à son tiers supérieur. — Application immédiate en ville de l'appareil ordinaire, que nous avons renouvelé le 10 seulement. Le 21, consolidation parfaite, cal volumineux. — Durée du traitement, 13 jours.

Obs. XXVII. — *Fracture du fémur gauche, rachitisme au 1er degré.* — Veyssie, de bonne constitution, âgé de 4 ans, entré le 8 juin au n° 15 de Saint-Côme, offrant des traces d'idiotisme; la veille il est tombé d'une chaise sur laquelle il jouait, et s'est fracturé la partie moyenne de la cuisse gauche. — Compresses d'eau froide; application médiate de l'appareil ordinaire. — Le 18, application de l'appareil inamovible vernissé.

Le 23, le malade est pris de rougeole; la consistance de l'appareil n'est pas aussi grande que celle du précédent, c'est qu'en effet le vernis gras avait été appliqué avant la dessication complète, laquelle est rendue dès lors impossible, comme nous le dirons ultérieurement. Le 1er juillet, ablation de l'appareil. Consolidation, bandage roulé comme moyen préventif. — Durée du traitement, 22 jours.

Obs. XXVIII. — *Fracture des deux os de la jambe gauche.*

— Le 14 juin est entré au n° 29 de Saint-Côme, Maratel, 9 ans, bonne santé; la veille il est tombé d'une dizaine de pieds de haut sur le sol, et s'est fracturé le tibia et le péroné. Le premier à son tiers inférieur, le second, encore un peu plus bas; il existe un gonflement assez considérable lors de son entrée, gonflement dû évidemment à un épanchement sanguin en grande partie sous-cutanée. J'applique dessus des compresses d'eau froide; le membre est placé dans la demi-flexion.

Le 15, application de l'appareil ordinaire, le membre placé sur la face externe et dans la demi-flexion d'après la méthode de Pott (1).

Le 23, application du bandage dextriné; à cette époque, on percevait encore de la crépitation.

Le 8 juillet, ablation de l'appareil. Consolidation sans difformité ni raccourcissement. — Durée du traitement, 24 jours.

Obs. XXIX. — *Fracture du péroné gauche.* — Gouget, 9 ans, entré le 16 mai au n° 5 salle Saint-Côme. Constitution normale, ayant reçu le choc d'une balançoire en mouvement sur la partie externe de la jambe, qui, lors de son entrée, est dans presque toute son étendue le siége d'un vaste épanchement sanguin depuis le haut jusqu'en bas; le pourtour de la malléole externe a plus spécialement souffert; teinte bleuâtre de la peau et tuméfaction notable. — Rotation du pied en dedans. — Crépitation lorsqu'on imprime au pied des mouvements de torsion sur l'axe de la jambe (2). — Compresses d'eau froide, puis cataplasmes. — Le 21, application d'un appareil, celui de Dupuytren d'abord, et l'appareil dextriné ensuite.

7 juin, consolidation exacte. On sent une nodosité calleuse vers la partie moyenne de la malléole externe, point où était la fracture. — Durée du traitement, 21 jours.

Obs. XXX. — *Fracture du tibia droit.* — Le 17 avril s'est présentée à la consultation, la nommée Ernestine, âgée de 5 ans et demi, ayant reçu un coup de chaise sur la jambe au moment où elle jouait assise par terre. Contusion assez violente, et fracture à la partie moyenne du tibia. Le péroné me paraît intact.

---

(1) *Traité des fractures et des luxations*, de Pott, édition de Lassus, 1778, page 63.

(2) Méthode excellente indiquée par M. Maisonneuve. *Arch.*, 1840.

— Je lui prescris des compresses d'eau froide pendant deux jours, et le 19 je lui applique une petite botte en dextrine. — Le 4 mai, ablation de l'appareil. — Consolidation, on sent le cal sur la crête du tibia, rien du côté du péroné, mouvement et marche faciles. — Durée du traitement, 17 jours.

On ne nous accusera pas, sans doute, de dédaigner l'analyse des faits particuliers, la chirurgie, elle aussi, établie sur de pareilles bases, pourrait peut-être alors jeter quelques lumières sur certains points restés encore en litige jusques dans ces derniers temps. — En chirurgie, comme en médecine, c'est en s'appuyant sur des masses de faits, recueillis dans le même sens et s'il est possible par le même observateur, qu'on pourra s'élever à des généralisations qui ne seront pas seulement systématiques, mais, ce qui est mieux, qui seront l'expression de la vérité. — Je ne chercherai pas à me justifier de cette fastidieuse énumération de faits; sans doute, l'œuvre achevée, j'aurais pu faire disparaître le modèle. J'ai cru devoir en agir autrement, afin de laisser à ceux qui voudraient traiter un pareil sujet en se plaçant à un point de vue différent, afin de leur classer, dis-je, les éléments nécessaires. Afin aussi que si mes déductions ne sont pas logiques et rigoureuses, je laisse au moins à mes juges les pièces du procès pour édifier leur religion. — Plusieurs questions seront successivement soulevées dans ce travail.

1° Quelle est chez les enfants la fréquence relative des fractures par rapport aux différents os longs du squelette? — Nos faits sont certes trop peu nombreux pour répondre complètement à cette question; voyons cependant ce qu'ils nous donnent. — Sur 31 observations (1) nous avons : — 4 cas de fractures de la clavicule. — 8 fractures de l'humérus. — 2 fractures des deux os de l'avant-bras. — 13 fractures du fémur, dont une double. — 1 fracture des deux os de la jambe. — 2 fractures du tibia. — 1 fracture du péroné. — Ce tableau ne vaut guère que ce que valent les petits nombres en statistique, c'est un document à consulter, à joindre à des faits plus nombreux. Enfin il résulte de ce relevé que les fractures les plus fréquentes chez les enfants sont les fractures de la diaphyse du fémur : nous n'a-

(1) Il y a eu par erreur deux observations inscrites sous le n° IX.

vons pas eu à traiter de fractures du col, qui doivent être sans doute excessivement rares, ni même ce qui est plus fréquent de décellement de l'épiphyse.

Après viennent dans leur ordre de fréquence, les fractures du bras, celles de la clavicule, etc. — Est-il possible de se rendre compte de cette fréquence plus grande des fractures à la partie supérieure des membres, plutôt qu'à leur parties inférieures (1), et cela dans une proportion que l'on ne rencontre pas chez l'adulte (2). Nous allons essayer de le faire. Et d'abord disons qu'il faut très certainement tenir un compte sérieux de la diversité des causes qui ont produit les fractures, car il est évident que si nous avions affaire à des lésions traumatiques violentes, telles que des écrasements par une voiture, il ne faudrait pas chercher dans la structure anatomique une raison qui serait purement accidentelle ou de circonstance. — Et c'est peut-être aussi parce que nos malades des hôpitaux d'adultes sont plus fréquemment exposés par la nature de leurs travaux à cet ordre de causes, que les fractures des extrémités des membres s'y rencontrent plus fréquemment que chez les enfants; mais cette différence toutefois ne nous paraît pas suffisamment résolue pour cet ordre de causes. — Nous pensons qu'il faut aller plus loin, et chercher dans les conditions anatomo-physiologiques des parties une raison plus générale, plus péremptoire. — Prenons pour exemple les fractures indirectes du membre supérieur. N'est-il pas évident, par exemple, que les fractures de l'avant-bras ne se feront guères qu'à la condition que celui-ci sera dans une extension forcée sur le bras; autrement la chute sur la main, par exemple, augmenterait simplement le degré de flexion, mais serait sans action sur le radius comme sur le cubitus; l'humérus, au contraire, finissant par recevoir le poids du corps, lorsque son extrémité inférieure touche au sol, a plus de chance pour éprouver une solution de continuité. — On sait suffisamment d'ailleurs que les fractures du radius, par cause indirecte, sont fréquentes chez les adultes,

(1) Par partie supérieure des membres, j'entends les bras, les cuisses; par portion inférieure, l'avant-bras, la jambe.

(2) En effet, dans un relevé fait sur des adultes et qui appartient à M. Norris (*Gaz. méd.*, 1841, n° 29). On trouve factures de cuisse 118, —de la jambe 293, —de la rotule 16, —de la clavicule 84, —du bras 250.

nous n'en avons pas observé au contraire un seul cas chez les enfants.

Une extension énergique de l'avant-bras sur le bras est nécessaire, ai-je dit, pour la production des fractures indirectes d'un ou de plusieurs os de l'avant-bras. Voyons si cette condition peut être remplie chez les jeunes sujets.

On pourrait tout d'abord agiter la question de savoir si, chez les enfants, le sentiment de la conservation est aussi perfectionné que chez l'homme raisonnable, je veux parler de cet instinct qui fait que, lors d'une chute, on porte brusquement les membres inférieurs en avant, de manière à éviter le choc trop rude du corps sur le sol; mais toujours est-il que chez les jeunes sujets, soit inhabileté dans la faculté coordonatrice des puissances musculaires, soit défaut d'énergie de ces mêmes puissances, la chute porte principalement sur l'extrémité inférieure de l'os du bras, et rarement sur l'avant-bras, celui-ci n'étant pas suffisamment maintenu et fixe dans une extension convenable pour l'action trop faible du triceps brachial.

Ce point de doctrine rend compte sans doute de la généralité des cas, mais elle n'implique pas qu'il doive en être constamment ainsi, précisément parce que les circonstances que nous venons de faire intervenir ne sont pas constamment les mêmes. C'est surtout pour les enfants très jeunes que cette explication se rapproche le plus de la vérité. — Aussi, deux enfants affectés de fractures des deux os de l'avant-bras, avaient l'une 12 ans (observ. Ire), l'autre 8 ans (observ. XXe). Ce peu d'énergie dans la contraction musculaire chez les jeunes enfants, et dont je viens de tirer parti pour expliquer la rareté comparative des fractures de l'avant-bras, est tellement vraie, que les variétés de fractures qui, dans l'immense majorité des cas, reconnaissent pour cause productrice une contraction brusque et instantanée, les fractures de la rotule, par exemple, ne se sont pas rencontrées dans notre service, depuis le 1er janvier; et cependant personne plus que les jeunes enfants qui, jouant sans cesse, sont sans cesse aussi sous l'imminence d'une chute (circonstance qui, comme on le sait, est suffisante pour la produire chez l'adulte), ne sont plus exposés à cet ordre de solution de continuité des os.

Qu'on ne vienne pas m'objecter ici le développement tardif

de la rotule, et son état spongieux chez l'enfant comme s'opposant à sa fracture; car tous les os du squelette jouissent alors d'une vasculisation très prononcée, et d'ailleurs l'ossification, commençant vers 2 ans et demi, est terminée à une époque où cependant les fractures de cet os ne laissent pas que d'être très rares...

Nous avons pris pour exemple venant à l'appui de notre théorie, la variété des fractures de l'avant-bras. On peut en dire autant des fractures de la jambe. — Si, dans une chute sur les pieds, d'un lieu plus ou moins élevé, la jambe n'est pas maintenue dans une extension énergique, mais est brusquement fléchie par le poids du corps, qui ne comprend qu'en dernière analyse, c'est l'os de la cuisse qui aura à en éprouver le choc; l'extrémité inférieure venant heurter brusquement le sol, est-il nécessaire de dire qu'il suffit de réfléchir un instant aux conditions anatomiques des parties pour se rendre compte de la rareté des fractures du col du fémur chez les jeunes sujets? L'absence des causes prédisposantes qui jouent un si grand rôle dans leur production chez les adultes et les vieillards, en est la meilleure raison. — Nous n'avons pas eu occasion d'observer de décollement de l'épiphyse simulant jusqu'à un certain point la fracture du col.

2° Tout bien considéré, et d'après l'examen comparatif d'un certain nombre d'observations de fractures prises chez les enfants et chez les adultes, je me suis formé *à posteriori* cette conviction; c'est que les fractures par causes indirectes, à l'exception de quelques-unes spéciales, sont plus fréquentes, plus nombreuses chez les premiers. Je ne saurai trop en donner une raison satisfaisante. — Ne faut-il pas tenir compte des chutes plus fréquentes, de l'épaisseur moins considérable des parties molles, et peut-être aussi de la force de résistances moins considérables, circonstance qui cependant ne serait guère en rapport avec les notions théoriques actuellement acquises.

3° Précisément parce que les os sont recouverts chez les enfants d'une épaisseur moins considérable de parties molles, on saisit plus aisément encore que chez l'adulte, l'ensemble des signes qui peut faire diagnostiquer une fracture, ainsi le dépla-

cement, s'il existe, sera, toutes choses égales d'ailleurs, plus apparent; il en sera de même de la crépitation, etc.

Il est des fractures transversales ou obliques, qui siégeant vers les extrémités supérieures ou inférieures des os, peuvent jusqu'à un certain point simuler des luxations, parfois même on peut être embarrassé pour établir un diagnostic exact.... Eh bien, cette connaissance que les luxations traumatiques sont excessivement rares chez les enfants (1), sera un argument de plus en faveur de la fracture, en cas de doute...

4° A quelle époque convient-il d'appliquer l'appareil chez les enfants? C'est là une question bien sérieuse en thérapeutique chirurgicale; pour être traitée d'une manière complète, elle exigerait de plus vastes développements que ceux qu'il nous est loisible de lui donner ici. Cette question a d'ailleurs été traitée par moi avec plus de détails dans un mémoire envoyé dernièrement à la *Gazette médicale.*

Dans les 31 cas de fractures rapportés dans notre travail, on a vu qu'il n'était survenu aucune espèce d'accident; cette circonstance heureuse tient sans doute à ce que, partisan de l'application médiate de l'appareil, soit ordinaire, soit inamovible, nous ne procédons, M. Guersant fils et moi, à cette application, comme on a pu s'en convaincre d'ailleurs par la lecture de nos observations, qu'après au moins 24 heures, lorsque la fracture produite par une cause indirecte et peu énergique est accompagnée de peu de contusion. En procédant ainsi, on opère à une époque où le gonflement, prévenu autant que possible par les compresses d'eau froide, a acquis son summum d'intensité, dès lors on n'a plus à craindre son accroissement, l'étranglement consécutif du membre par l'appareil, et la gangrène qui peut s'ensuivre. On a vu au contraire que, dans les cas de fractures compliquées, nous nous gardions bien de procéder immédiatement à l'application de l'appareil, soit simple, soit dextriné — Nous combattions tout d'abord la complication par un traitement approprié. Nous placions le membre, soit dans l'extension, soit, ce qui est peut-être plus convenable, dans la demi-flexion, et là nous

(1) Je tiens de M. Guersant qu'il n'en a pas encore observé depuis qu'il est chirurgien de l'hôpital des Enfants.

attendions le développement des accidents pour les combattre, si tant est que la méthode abortive (irrigations d'eau froide) n'ait pas réussi à empêcher leur développement. Ce n'a été qu'ultérieurement que l'application de l'appareil a eu lieu; disons toutefois que nous n'avons pas eu de cas de fractures compliquées produites par des lésions traumatiques violentes, cas dans lesquels cette application médiate nous paraît surtout indiquée. Si, dans ces cas, l'application immédiate d'un appareil est rationnelle, c'est celle de notre bottine vernie.

Il nous reste encore actuellement à traiter de l'espèce d'appareil qu'il convient d'appliquer. Nous décrirons ensuite le mode d'application du vernis gras à l'appareil dextriné; et enfin nous finirons par la question, la plus curieuse sans doute, de la durée du traitement des fractures chez les enfants dans leurs diverses conditions physiologiques et selon les différents os fracturés.

(*Suite et fin au prochain numéro.*)

REVUE RÉTROSPECTIVE.

DE LA PLEURÉSIE DANS L'ENFANCE.

Thèse de M. BARON, interne lauréat des hôpitaux (médaille d'or), **membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation. Analyse par le docteur VANIER.**

(*Fin.*)

Diagnostic différentiel.

Il est deux circonstances qui peuvent rendre le diagnostic difficile, c'est la présence de certains symptômes qui détournent l'attention de telle affection qui existe, et c'est l'absence de certains signes caractéristiques de telle affection qui existe, malgré l'absence de ces signes. C'est dans ce second ordre qu'il faut placer certaines circonstances dont M. Baron mentionne l'absence comme pouvant rendre difficile le diagnostic de la pleurésie. Ainsi, le peu d'étendue, la petite quantité des produits de l'inflammation, l'existence partielle de la pleurésie, les petites dimensions des fausses membranes, la très petite quantité du liquide épanché, circonstances qui rendent la perception des signes physiques très obscurs; défaut de rudesse du frottement

des fausses membranes par suite de leur faible consistance, courte durée de la matité, absence du bruit vésiculaire, absence de la respiration bronchique, rareté de l'égophonie, incertitude sur l'existence de la douleur. C'est dans le premier ordre qu'il faut placer la coïncidence fréquente des diverses maladies des voies respiratoires ou d'autres appareils plus manifestes que la pleurésie et attirant toute l'attention ; ainsi : la pneumonie, à cause de sa coïncidence presque constante, de sa prédominance et de l'analogie de ses symptômes avec ceux de la pleurésie; la péricardite, par l'analogie des symptômes et par le voisinage des organes affectés; la congestion ou l'inflammation de l'encéphale, par les phénomènes nerveux qui les accompagnent, surtout les convulsions, et qui masquent l'affection thoracique.

Les convulsions n'apportent de difficulté réelle au diagnostic de la pleurésie chez les enfants, lorsque l'on a examiné tous les appareils, la poitrine en particulier, que dans les cas où les produits de l'inflammation de la plèvre, surtout l'épanchement, se traduisent par des signes physiques peu tranchés.

La pleurésie est d'autant plus difficile à reconnaître que les enfants sont plus jeunes.

De là la nécessité d'établir le diagnostic différentiel de cette affection ; nous le ferons en réduisant autant que possible ce travail de M. Baron. Forcé, comme lui, de différencier par des termes vagues la fréquence et l'intensité relatives des symptômes dans les maladies, espérons qu'un jour les progrès de la statistique médicale permettront de remplacer par des chiffres, sinon exacts, du moins approximatifs, les expressions indécises au moyen desquelles on cherche à représenter cette fréquence et cette intensité des symptômes. C'est vers ce but entre autres que tendent les efforts soutenus de la société Médicale d'Observation, sous la direction de son savant fondateur, M. le docteur Louis.

Il est plusieurs affections que l'on peut confondre, dans certains cas, avec la pleurésie ; ces affections, mentionnées par M. Baron, sont : la pneumonie aiguë, la pneumonie chronique, l'infiltration du poumon, la gangrène du poumon, les tubercules pulmo-

naires que l'on a peine quelquefois à distinguer de la pleurésie chronique, la bronchite que l'on peut confondre encore avec la pleurésie chronique; la bronchite chronique, le croup, la laryngite striduleuse, l'asthme aigu des enfants, l'asthme chronique, la pleurodynie, facile à confondre avec la pleurésie, surtout chez les enfants au-dessous de 3 ans; la péricardite avec ou sans épanchement; certaines affections anomales; telle qu'une affection anévrismale du cœur et des vaisseaux, observée par M. Baron père; une hernie diaphragmatique, certaines altérations pleurétiques non inflammatoires; le pneumothorax non inflammatoire, l'adhésion interlobaire, normale chez beaucoup d'enfants.

C'est avec la *pneumonie* que la pleurésie est le plus souvent confondue. Dans la pneumonie, coloration rouge des pommettes, sécheresse et encroûtement des lèvres, plus fréquemment que dans la pleurésie; accélération du pouls plus constante, plus continuelle; altération de la face, dépression des forces plus rapides; l'infiltration du tissu cellulaire extérieur est un signe de pleurésie, non de pneumonie. Respiration accélérée plus continue dans la pneumonie. Respiration plutôt abdominale dans la pleurésie, plutôt costale dans la pneumonie. Toux plus sonore, plus bruyante, moins courte dans la pleurésie que dans la pneumonie; cri plus souvent voilé dans cette dernière. Matité plus complète dans le cas d'épanchement; cependant chez les nouveau-nés, matité quelquefois très prononcée dans la pneumonie, quelquefois nulle dans la pleurésie. Râle crépitant et sous-crépitant dans la pneumonie; mais souvent des affections concomitantes des poumons et des bronches donnent lieu à des râles pendant l'existence de la pleurésie. Respiration bronchique plus fréquente dans la pneumonie; absence de respiration plus fréquente dans la pleurésie. Plus souvent dans la pneumonie, chez les nouveau-nés surtout, respiration très faible, plus rarement dans la pleurésie. Respiration rude dans la pneumomie, frottement dans la pleurésie. Marche de la pneumonie plus rapide,

plus régulière, alternatives de mieux et de pire beaucoup moins tranchées. Intermittences et accès de dyspnée dans la pleurésie.

Dans la pneumonie et dans la pleurésie chroniques : matité, absence du bruit respiratoire, respiration bronchique, résonnance du cri et de la voix, amaigrissement, fièvre continue ou par intervalles ; mais la pneumonie chronique est beaucoup plus rare chez les enfants que la pleurésie chronique, excepté celle qui accompagne les tubercules pulmonaires. Respiration plus rarement bronchique dans l'épanchement ; résonnance égophonique de la voix et du cri, signe dont la perception est difficile ; variations dans l'étendue de la matité et de l'absence du bruit respiratoire plus fréquentes chez les pleurétiques, ce qui tient aux variations que subit la quantité du liquide épanché. Cependant M. Baron a vu chez des enfants des pneumonies chroniques subir des alternatives fréquentes et répétées de mieux et de pis, qui faisaient croire que la maladie était constituée plutôt par des pneumonies aiguës successives, que par une pneumonie chronique continue.

L'*infiltration du poumon* s'accompagne souvent, chez les nouveau-nés, de matité, de faiblesse extrême, quelquefois d'absence du bruit respiratoire. Percussion moins douloureuse dans l'infiltration sanguine du poumon que dans l'inflammation de la plèvre ; mais on ne peut guère compter sur ce signe, parce que très souvent, sans qu'il existe de pleurésie, le simple mouvement que l'on imprime aux enfants les fait crier. La matité ne change pas de siége, selon les différentes positions, comme dans l'épanchement pleurétique ; ni égophonie, ni frottement pleurétique. Dyspnée moins grande que dans la pleurésie ; pas de réactions fébriles, toux plus rare. Au lieu de l'agitation, il y a immobilité ; respiration moins souvent accélérée, quelquefois même ralentie. Quelquefois, râles sous-crépitant, crépitant, sibilant, mais assez près de l'oreille pour exclure l'idée d'un épanchement, et d'ailleurs ils ne se font pas entendre dans toutes les périodes de la maladie. Affaiblissement plus prompt que

par la pleurésie; cri beaucoup plus souvent voilé. L'engorgement pulmonaire est encore plus difficile à distinguer de la pleurésie, lorsque celle-ci existe sans épanchement, surtout lorsqu'il n'est pas accompagné de matité; mais dans la plupart des cas, cet engorgement produit une diminution de sonorité qui n'a pas lieu dans la pleurésie sans épanchement; ajoutons le cri voilé, l'existence des râles, faiblesse de la respiration, absence fréquente de fièvre.

La *gangrène du poumon* se distinguera de la pleurésie par la respiration bronchique ou caverneuse, le gros râle muqueux ou caverneux, la résonnance forte du cri ou de la voix, la fétidité de l'haleine, et par les crachats abondants, purulents, fétides.

Comme *la phthisie pulmonaire*, la pleurésie chronique produit la fièvre fréquente, l'émaciation et le marasme. Dans ces cas, l'hérédité, les antécédents de l'enfant (rhumes fréquents, crachement de sang), la recherche de tubercules dans d'autres appareils feront présumer l'existence ou l'absence des tubercules pulmonaires. D'ailleurs, dans la pleurésie chronique, il y a des signes de l'épanchement pleurétique, et dans la phthisie tuberculeuse, on entend les râles muqueux, sous-crépitant, persistant en différents points, surtout vers les parties supérieures.

Dans la *bronchite chronique*, que l'on pourrait confondre avec la plurésie chronique, absence des signes de l'épanchement; elle s'accompagne des râles muqueux, sous-crépitant, sibilant grave.

Dans la *bronchite aiguë*, le mélange de râle muqueux, de ronchus grave et de respiration rude, pourrait être pris pour le frottement pleurétique; de plus, quelquefois, accès de dyspnée, comme dans la pleurésie. Mais les râles de la bronchite, si changeants et si variables chez les enfants, sont bientôt remplacés par d'autres moins confus; pas de douleurs dans la bronchite, et décubitus indifférent.

Dans le *croup*, accès de dyspnée, comme dans la pleurésie, mais plus constants. Le croup est rare chez les très jeunes enfants

Quelquefois, cri voilé dans la pleurésie, comme dans le croup, chez les enfants de cet âge seulement. Dans le croup, angine tonsillaire, quelquefois pseudo-membraneuse, sonorité de la poitrine, malgré la diminution du bruit respiratoire; sibilance laryngée dans l'inspiration, gêne croissante de la respiration.

Dans la *laryngite striduleuse*, accès de suffocation plus répétés et plus intenses, raucité de la voix, sibilance laryngée, absence des signes de l'épanchement.

Dans l'*asthme aigu*, lassitude et abattement plus grands que dans la pleurésie; pouls irrégulier, dyspnée continue et augmentant toujours d'intensité; respiration plus laborieuse. L'*asthme chronique*, rare chez les enfants, s'accompagne des symptômes de la bronchite chronique et de ceux de l'emphysème pulmonaire. Pas de douleur de côté, pas de fièvre, pas de signes d'épanchement.

Dans la *pleudodynie*, absence des signes de l'épanchement et des fausses membranes, quelquefois augmentation de la douleur par les mouvements, absence de toux, fièvre nulle ou presque nulle. On comprend combien la pleurodynie est difficile à reconnaître chez les enfants très jeunes. La pression ou la percussion de la poitrine pourrait déterminer de la douleur, comme dans la pleurésie, mais alors il y aurait absence des signes de l'épanchement, des modifications dans l'intensité du bruit respiratoire, de la toux.

Dans la *péricardite* avec épanchement péricardique, que l'on pourrait confondre avec la pleurésie, matité à la région précordiale; battements du cœur sourds, profonds, quelquefois irréguliers; pouls souvent irrégulier, quelquefois bruit de frottement isochrone aux battements du cœur, tandis que le frottement pleurétique est isochrone aux mouvements respiratoires. Le frottement pleurétique d'ailleurs s'entend presque toujours en arrière et latéralement.

Dans une *affection du cœur*, dont l'observation est due à M. Baron père, et qui consistait, chez une petite fille de quatre

jours, dans la dilatation anévrismale du ventricule droit et des grosses veines, dans une hernie de la membrane interne du ventricule droit à sa base à travers les fibres musculaires du cœur qui comprimait le poumon droit et surtout le poumon gauche presque complètement privé d'air, on observa une oppression considérable, de la matité et la respiration nulle dans presque toute l'étendue du côté gauche du thorax.

Dans un cas de *hernie diaphragmatique*, observé par M. Baron père à l'hospice des Enfants-Trouvés, il y avait matité complète dans toute l'étendue du côté droit de la poitrine; le poumon droit était refoulé par la masse de l'intestin grêle, le colon lombaire droit et la moitié droite du foie qui faisaient hernie à travers le diaphragme.

Dans certaines *altérations pleurétiques non inflammatoires*, telles que les épanchements séro-sanguinolents ou séreux, si fréquents chez les nouveau-nés sans coïncidence de pleurésie; matité, dyspnée, respiration entrecoupée, faiblesse du cri, agitation; mais pas de réaction fébrile. Il faut cependant songer que quelquefois une inflammation du poumon coïncide avec cet épanchement non inflammatoire dans la plèvre, et qu'il n'y a pas toujours fièvre avec l'épanchement inflammatoire. Si l'on peut constater l'existence de la douleur thoracique, ce qui est difficile chez les nouveau-nés, l'inflammation deviendra certaine. Mais la douleur de la pleurésie a souvent cessé lorsque l'épanchement s'effectue.

Dans le *pneumothorax*, exhalation gazeuse dans la cavité de la plèvre, indépendante de l'inflammation de cette membrane simulant les pneumothorax de nature inflammatoire. Dans un cas observé par M. Baron à l'hôpital des Enfants, orthopnée intense, 172 pulsations régulières, peu d'agitation; peau sèche, un peu chaude; lèvres sèches, violacées; grande dyspnée. Décubitus sur le ventre incliné à droite; 48 respirations courtes, avec soulèvement du thorax. Sonorité de la poitrine très grande, surtout du côté droit qui paraît un peu dilaté. Percussion un

peu douloureuse à droite. Respiration vésiculaire sans râle, à gauche. A droite, absence complète de respiration dans toutes les régions. L'enfant mourut. La plèvre ne contenait pas d'air, et cette membrane était parfaitement saine; aucune déchirure à la surface des poumons. Pas d'autre altération dans la poitrine qu'une hépatisation grise, partielle dans le poumon droit, et quelques plaques d'emphysème surtout à gauche.

Il est une disposition telle des lobes moyen et supérieur du poumon droit, qu'ils sont réunis immédiatement ou par un repli de séreuse à la partie antérieure dans une plus ou moins grande étendue, disposition à laquelle M. Baron donne le nom d'*adhésion interlobaire normale*, qui est fréquente chez les enfants, et que l'on pourrait, dit-il, confondre avec une adhérence intime résultant d'une ancienne pleurésie. Il est difficile de la reconnaître lorsqu'elle coïncide avec l'une de ces affections qui présentent des symptômes analogues à ceux de l'inflammation de la plèvre, masquent cette dernière affection et font ignorer son existence. Ce n'est que par la considération attentive de tous les symptômes, la distinction minutieuse entre ceux de la pleurésie et ceux de l'affection concomitante que l'on parvient, dans ces cas, à distinguer l'une et l'autre. Souvent ce diagnostic est presque impossible.

Quant au siége de la pleurésie, il reste souvent ignoré; c'est ce qui a lieu souvent pour la pleurésie interlobaire. Le hoquet, regardé comme un symptôme ordinaire de la pleurésie diaphragmatique, chez les adultes, ne s'est jamais rencontré chez les malades observés par M. Baron; mais cet observateur a plusieurs fois noté, dans cette pleurésie diaphragmatique, la face gripée, l'anxiété, une dyspnée intense, la respiration fortement thoracique, symptômes que l'on rencontre, du reste, dans les pleurésies qui occupent une autre partie de la plèvre.

Pronostic. — Le pronostic de la pleurésie de l'enfance, ainsi que celui de la plupart des autres maladies, est d'autant plus grave que les enfants sont plus jeunes. Le danger plus grand

de la maladie tient alors à la faiblese, à la plus grande fréquence des affections concomitantes. Cette maladie peut être regardée comme un peu plus dangereuse chez les enfants faibles, débilités, que chez ceux qui sont forts et bien conformés. Une condition qui aggrave le pronostic chez les enfants délicats, c'est qu'en général les coïncidences d'affections d'autres organes sont plus fréquentes chez eux que chez les enfants robustes. Cependant, chez ces derniers, les complications cérébrales accompagnent un peu plus souvent la pleurésie. La mort est beaucoup plus prompte lorsque ces complications existent.

Il résulte des observations de M. Baron fils, que les pleurésies se terminent un peu plus souvent par la mort dans l'été que dans les autres saisons, tandis que c'est en hiver que cette terminaison est le moins fréquente, résultat inverse de celui qui a été observé pour les autres affections thoraciques.

Les pleurésies qui surviennent dans le cours des fièvres éruptives sont généralement graves.

On voit une plus grande proportion d'enfants succomber à la pleurésie aiguë qu'à la pleurésie chronique.

Beaucoup d'auteurs attribuent le danger de la pleurésie des enfants, à ce que cette maladie est souvent méconnue, c'est-à-dire que le pronostic de la pleurésie latente est grave. Je n'ai pas remarqué, dit M. Baron, que la pleurésie sans douleur, reconnue à son début, fût plus grave que la pleurésie avec douleur. La gravité de la pleurésie latente est donc due à l'inattention du médecin. De là l'importance pour le praticien d'explorer tous les appareils de l'économie, surtout lorsque les malades sont des enfants, puisqu'à cet âge, peu de maladies sont isolées.

Traitement.

La thérapeutique des maladies de l'enfance est un sujet si important pour les praticiens, et d'un autre côté, le traitement de la pleurésie est indiqué par M. Baron d'une manière si complète et si substantielle tout à la fois, que nous aurons peu de choses à omettre de cette partie de sa thèse.

Emissions sanguines. — Triller, Vebecker, M. Roulter, conseillent la saignée dans la pleurésie des enfants. La plupart des auteurs rejettent la phlébotomie, en conseillant d'en restreindre l'emploi aux cas les plus rares. Sennert défend la saignée jusqu'à la quatorzième année. Beaucoup d'auteurs conseillent de remplacer la saignée générale par les sangsues et les ventouses scarifiées, parce que leur manière d'opérer a l'avantage, pour les personnes faibles, de n'être pas immédiate, subite; parce que les sangsues appliquées sur la région douloureuse deviennent par leur piqûre un bon dérivatif. Chez les jeunes enfants, l'étroitesse de la veine rend la saignée générale difficile, et on a coutume de la remplacer par des sangsues appliquées sur les parois du thorax du côté malade. Chez les enfants qui n'ont pas encore atteint le premier mois, une seule suffit, deux ou trois chez les enfants de quelques mois; quatre ou cinq chez ceux de 3 ou 4 ans; un plus grand nombre dans la seconde enfance. Après la cinquième ou la sixième année, on peut souvent remplacer avec avantage la saignée locale par la saignée générale, qui produit une déplétion immédiate plus facile à graduer et à limiter, et irrite moins les enfants. Pour la saignée locale, M. Baron préfère les sangsues aux ventouses scarifiées.

Ayant toujours présent à l'esprit que les évacuations sanguines abondantes et répétées affaiblissent promptement les enfants, on pourra, à l'imitation de MM. Guersant, Baron père et Dugès, employer les émissions sanguines chez les enfants robustes, pléthoriques de la seconde enfance, dans la pleurésie aiguë, avec réaction fébrile intense. Quant aux enfants délicats, dont la peau est pâle et la maladie sans réaction générale, elles les jettent dans une faiblesse dont ils se relèvent souvent avec peine.

Purgatifs. — Volcamer blâme l'usage des purgatifs chez les nouveau-nés. Zillinger se prononce pour ce moyen de traitement. Selon moi, dit M. Baron, les purgatifs sont souvent employés avec avantage chez les enfants. Mais, dans l'enfance, le tube digestif étant plus irritable que dans les autres âges, l'entérite est produite plus facilement, et M. Baron a rencontré plu-

sieurs cas d'inflammation de la muqueuse gastro-intestinale provoquée par l'emploi des purgatifs, et, en particulier, par le tartre stibié. Il faut donc, pour profiter des avantages de ce moyen thérapeutique, avoir soin d'administrer les purgatifs à faible dose, et préférer, surtout chez les nouveau-nés, les moins énergiques, qui, chez les enfants, ont ordinairement une action fort appréciable. On ne doit pas craindre pour les purgatifs, comme pour les émissions sanguines, de répéter l'emploi du moyen. Il est même indiqué, et spécialement dans les pleurésies qui se prolongent, de revenir plusieurs fois à leur administration, mais à faible dose chaque fois. Ainsi fractionnés, les purgatifs facilitent souvent d'une manière remarquable la résorption des épanchements. On ne commence à les administrer qu'après la période inflammatoire de la maladie, après la cessation de la douleur et le développement de l'épanchement, à moins que la constipation existe au début, ce qui s'observe dans quelques cas. C'est dans la pleurésie chronique surtout que les purgatifs peuvent être une ressource utile. On peut les administrer en lavements; mais en les administrant par la bouche, on obtient une révulsion plus étendue. Les purgatifs le plus souvent employés sont la manne, l'eau de Sedlitz, l'huile de ricin, le tartre stibié en lavage. Une potion purgative, dont M. Baudelocque a introduit l'usage à l'hôpital des Enfants, doit être recommandée aux praticiens. Elle se compose d'une infusion de sené (15 ou 16 grammes), aromatisée par une infusion de café (même dose) que l'on mélange dans une potion ordinaire (150 ou 180 grammes); l'arôme du café neutralise le goût désagréable du sené, et les enfants prennent cette potion avec plaisir. Un autre purgatif dont l'emploi est commode chez les enfants, c'est le proto-chlorure de mercure, très bien supporté par les enfants à des doses variables, depuis deux centigrammes jusqu'à quatre décigrammes, selon l'âge des jeunes malades. Ce moyen peut, comme le précédent, aider à la résorption des épanchements. Le mercure et plusieurs de ses composés ont été préconisés par Bonnet dans la pleurésie

vermineuse. Sauvage dit avoir souvent guéri cette espèce de pleurésie au moyen des cathartiques; Quercetan par l'eau bénite et le *crocus metallorum.*

Vomitifs. — Sauvage les préconise pour combattre la pleurésie vermineuse. Je ne l'ai vu employer, dit M. Baron, que dans les cas de pleuro-pneumonie. Ordinairement ce médicament a le même effet sur la pleurésie que sur la pneumonie. Dans quelques cas, la phlegmasie de la plèvre persista plus ou moins longtemps après la résolution de la phlegmasie du poumon. Les vomitifs ordinaires, dans ces cas, sont l'ipécacuanha, soit en poudre, soit en sirop. Cette dernière forme est plus facile à administrer aux enfants. Chez les enfants qui ont atteint la première ou la seconde année, il faut préférer le tartre stibié, qui agit plus sûrement à la dose de deux centigrammes, un ou deux décigrammes, en dissolution dans une petite quantité d'eau sucrée ou dans un julep gommeux administré par cuillerées. Conrad Rose préconise encore, dans ces cas, le soufre doré d'antimoine. M. Baron regarde comme douteuse l'efficacité de l'oxide blanc d'antimoine, qu'il a vu souvent employer dans les cas de pleuro-pneumonie. Il n'est pas mis en usage dans la pleurésie simple.

Diurétiques. — Lorsque l'épanchement se résorbe avec lenteur, soit seule, soit concurremment avec les purgatifs, nitrate de potasse (de un à six décigrammes). Conrad Rose dit que, dans ces cas, l'oxymel scillitique est avantageux.

Vésicatoires. — Ordinairement on les place sur les parois thoraciques du côté malade, au niveau de la région affectée. M. Baron père les emploie chez la plupart des pleurétiques, même chez les enfants très jeunes. M. Baudelocque et M. Dubreuil ont observé que, chez les enfants, les vésicatoires que l'on fait suppurer se gangrènent aisément. M. Baron a observé que, chez les enfants maigres et délicats, les vésicatoires s'ulcèrent, fournissent une abondante suppuration qui affaiblit les malades, et se cicatrisent très difficilement. On évitera ces graves accidents et l'on ne se privera pas d'un moyen efficace, si, comme

le conseille M. Baron, au lieu d'enlever l'épiderme et de faire suppurer les vésicatoires, on applique successivement plusieurs vésicatoires volants, méthode qui offre l'avantage de déterminer des révulsions répétées, plus puissantes et moins débilitantes que la suppuration continue d'un exutoire. M. Baron fait observer que les vésicatoires se gangrènent moins fréquemment dans la pleurésie que dans certaines autres affections, dans la pneumonie et la fièvre typhoïde en particulier. C'est après la cessation des accidents inflammatoires que l'on a recours aux vésicatoires. Dugès les regarde comme nuisibles avant la dernière période de la maladie. Placés aux membres inférieurs toujours à une époque voisine de la terminaison fatale, ils ont été sans succès. Dans les pleurésies chroniques, on pose souvent un vésicatoire au bras. Lorsque la pleurésie s'est développée par suite de la suppression d'une affection cutanée, il est indiqué de chercher à la rappeler au moyen d'un vésicatoire placé sur la région où siégeait spécialement l'éruption.

Autres dérivatifs cutanés. — Bains chauds, sinapismes promenés en différentes parties du corps, frictions sèches, pédiluves et manuluves sinapisés, bains entiers de moutarde; sudorifiques, tels que le sous-acétate d'ammoniaque; eau de cannelle ou de mélisse, employées avec peu de succès; frictions avec l'huile de croton-tiglium, depuis deux jusqu'à dix gouttes, qui déterminent chez les enfants une vive rubéfaction ou une éruption confluente de petites vésicules, qui souvent se convertissent en un véritable vésicatoire; application du tartre stibié sur la peau, moyen dont l'action est trop énergique et qui produit une trop grande douleur; emplâtre de poix de Bourgogne, excitant plus supportable et assez avantageux dans quelques cas; emplâtre de sparadrap de diachilon gommé, qui, chez les sujets dont la peau est sensible, entretient continuellement une irritation légère et une chaleur douce et égale. Il a de plus l'avantage de ne pas gêner l'exploration de la poitrine. Ce moyen est surtout indiqué dans la pleurésie, pour préserver la peau du contact de l'air froid qui enraye si souvent la résorption de l'épanchement.

Vêtements. — Repos au lit. — Gilet de laine ou de flanelle, chambre chaude. Dans la pleurésie, repos continuel au lit; chez certains sujets de la seconde enfance, M. Baron voyait la maladie faire de rapides progrès vers la guérison, l'augmentation brusque de l'épanchement lui apprenait, dans ces cas, qu'on avait laissé ces enfants sortir un instant de leur lit. Ce précepte du repos au lit prolongé doit être d'autant plus remarqué que les enfants, dès que la douleur et la fièvre ont cessé, se croyant guéris, sont disposés à commettre des imprudences. Dans la pleurésie chronique, l'enfant peut se lever, en prenant les plus grandes précautions contre les courants d'air.

Tisanes et potions. — Décoction d'orge, infusion de mauve édulcorée avec le sirop de gomme ou de capillaire, ou avec du miel pour entretenir la liberté des évacuations alvines; décoction de chiendent, de queues de cerises; potions gommeuses, loochs blancs.

Opiacés. — Pour calmer la douleur, la toux, l'agitation, chez les enfants très jeunes, une ou deux cuillerées à café ou à bouche de sirop de coquelicot, et chez les enfants plus âgés, sirop diacode dans une potion, depuis cinq jusqu'à trente grammes, selon l'âge du malade. La liqueur anodine d'Hoffmann est quelquefois employée. Plusieurs auteurs prescrivent l'emploi des narcotiques chez les enfants. Barthez a dit que l'opium leur cause des convulsions; Conrad Rose prétend que les opiacés leur sont nuisibles; mais je n'ai jamais observé, dit M. Baron, que les opiacés, employés avec la mesure convenable, produisissent les accidents qui les ont fait rejeter de la thérapeutique des affections de l'enfance.

Toniques et alimentation. — Dans la pleurésie chronique, surtout chez les individus faibles, il faut soutenir les forces par l'usage des toniques. Sirop d'œillet, de quinquina, d'écorce d'orange. Bouillons et potages gras, gelée de viande, un peu de poulet, en petite quantité à la fois.

Diète. — Dans la pleurésie aiguë, au contraire, la privation

des aliments est nécessaire; chez les enfants à la mamelle même, pendant la période inflammatoire, on supprimera le lait de la nourrice, en songeant toutefois que la privation complète d'aliments à cet âge détermine un affaiblissement souvent nuisible. Chez les enfants assez âgés pour supporter la privation des aliments, on ne permettra qu'un peu de lait. Chez les enfants, le besoin de nutrition est actif et pressant, il devient un moyen de traitement plus puissant que chez les personnes plus âgées, en facilitant davantage la résorption des épanchements. Chez les sujets de 5 à 15 ans, M. Baudelocque n'emploie souvent, contre la pleurésie aiguë simple, que la diète et le repos au lit.

Opération de l'empyême. — Dans les pleurésies chroniques, lorsque le pus forme une tumeur en un point des parois thoraciques, on peut, à l'exemple de M. Cruveilhier, au moyen d'une incision, donner issue à la matière de l'épanchement (1).

REVUE HYGIÉNIQUE.

Suite. — Maladies des premiers temps de la grossesse.

Le hoquet, contraction convulsive de l'œsophage et du diaphragme avec inspiration subite et sonore, est quelquefois si continuel, si violent, qu'on a vu des femmes être menacées de suffocation. L'état de grossesse étant une cause prédisposante de cette pénible convulsion, il faut que les femmes enceintes sachent se soustraire aux causes qui peuvent le déterminer. Nous les ferons connaître lorsque nous traiterons des moyens de prévenir les accidents qui peuvent survenir pendant le premier temps de la grossesse.

Les femmes enceintes ont souvent des vertiges, causés par les dérangements qui surviennent dans les fonctions de l'estomac, et par les embarras des autres organes de la digestion. Il leur semble que tous les objets tournent autour d'elles et qu'elles tournent elles-mêmes. Quelquefois des signes précurseurs annoncent ces vertiges : douleur gravative de la tête, tintements d'o-

(1) On évitera le contact de l'air avec les parties malades, en appliquant à cette incision la méthode sous-cutanée de M. le docteur Guérin. (*Note du rédacteur.*)

reille, vomissements. On a cherché l'explication de ces vertiges dans la gêne qu'éprouvent les plexus nerveux (filets de nerfs entrelacés), dans l'irritation que leur fait éprouver le contact des produits de sécrétion dégénérés, comme la bile, et dans les effets produits par les mauvaises digestions. On sait que par l'effet des communications ou sympathies nerveuses, l'estomac souffre lorsque la tête souffre, et que la tête est bientôt affectée quand les fonctions des organes de la digestion sont dérangées. Ces sympathies organiques sont fréquentes surtout chez les femmes grosses d'une constitution délicate.

Les flux intestinaux que l'on observe pendant la grossesse sont la diarrhée, évacuation fréquente de matières liquides, bilieuses, séreuses, quelquefois même purulentes; la dyssenterie, évacuation fréquente, sanguinolente, accompagnée de vives tranchées qui parcourent tout l'intestin, d'un dégoût universel pour les aliments solides et liquides, et quelquefois de réaction fébrile; la lyenterie et le flux cœliaque, qui consistent en déjections fécales liquides et fréquentes. Tel est dans ces cas l'état d'irritation et par suite l'état de sensibilité de l'intestin, qu'il ne peut supporter le séjour des matières alimentaires, qui sont rendues à moitié digérées.

Le ténesme consiste en épreintes douloureuses de la partie inférieure de l'intestin (rectum), qui donnant la sensation continuelle et toujours trompeuse du besoin d'aller à la garde-robe, ne sont suivies de l'évacuation que de quelques *glaires* séreuses, sanguinolentes, etc. Le ténesme est souvent une suite de la dyssenterie, de l'inflammation du rectum; quelquefois il est dû à des humeurs bilieuses, âcres, qui séjournent dans cet intestin et l'irritent; peut-être, dans quelques cas, à la présence de vers ascarides, à la présence de quelque tumeur autour du rectum, de graviers engagés dans le col de la vessie, etc.

Par exception, il arrive à certaines femmes de voir continuer l'écoulement des menstrues au commencement de leur grossesse, quelquefois jusqu'au sixième mois.

La cachexie qui survient chez quelques femmes enceintes, a pour caractère le désordre général des fonctions, une pâleur et une mollesse générale de la peau ; enfin, débilité, langueur, abattement extrême, inquiétudes dans les membres, respiration difficile, étouffements et syncopes ; pendant la syncope, sueur froide, pouls imperceptible, perte de la connaissance, du sentiment et du mouvement, mouvements de la respiration insensibles. Tous ces symptômes en augmentant peuvent devenir ceux de l'asphyxie.

Effets produits sur le fœtus par les maladies du premier temps de la grossesse.

Si l'embryon, lorsqu'il se forme ou lorsque l'ovule est fécondé, est le produit de germes altérés, il participe à leurs vices, il recèle une source de principes délétères dont l'éducation physique pourra modérer le développement, mais qu'elle ne tarira pas. Les maladies héréditaires pourront, si elles sont récentes, être guéries par le secours de l'art ; invétérées, elles ne guériront que par les soins de la nature, c'est-à-dire par le temps, en traversant plusieurs générations.

Toutes les maladies de la mère pendant le temps de sa grossesse produisent sur l'enfant le même résultat final ; toutes elles empêchent qu'il se développe régulièrement ; mais elles produisent cet effet en agissant sur le fœtus les unes d'une manière directe par la compression, les autres d'une manière en quelque sorte négative, en le privant des matériaux nécessaires à son développement.

Sans chercher à pénétrer dans les difficultés de la *physiologie pathologique*, examinons les effets que produisent sur l'enfant les maladies de la mère pendant la grossesse.

Pendant les efforts du vossimement et de la toux, les muscles de l'abdomen se contractent vivement ; la matrice est comprimée, et le fœtus peut en souffrir. La cardialgie, portant le trouble dans les fonctions de la digestion, met en souffrance tout le

système nerveux de la mère, et tient le fœtus dans une pénible contrainte. Il en est de même des coliques causées par la délicatesse et l'irritabilité, et qui ont leur siége principal dans la matrice.

Lorsque la mère éprouve des douleurs spasmodiques, générales ou partielles, causées le plus souvent par une simple surprise, par une crainte soudaine, comment l'enfant pourrait-il être tranquille dans son sein agité par la douleur? En se développant dans le désordre des fonctions dont il doit être le produit, l'enfant conservera l'empreinte de cette confusion; il naîtra faible et mal constitué. Les secousses que les hoquets violents impriment à l'utérus par la contraction des muscles de l'abdomen compriment le fœtus et le tourmentent. Dans le ténesme, les épreintes saisissent les viscères du bas-ventre et les font entrer douloureusement en contraction. La matrice, comprimée par les muscles du bas-ventre, se contracte sur le fœtus et trouble le travail si fragile de son développement. De telles compressions souvent renouvelées entretiennent dans les parties qui en sont le siége, et surtout dans la matrice, une irritation toujours croissante qui soulève contre le fœtus tous les dangers de l'inflammation. La fièvre s'allume, l'enfant souffre de plus en plus, et bientôt il succombe.

Les vertiges n'ont d'influence sur le fœtus que par les causes qui les produisent; celui-ci se trouve alors exposé aux accidents consécutifs des désordres organiques et fonctionnels de la digestion, et les vertiges se trouvent ainsi placés dans la série des affections qui privent l'enfant de sa nourriture.

Le dégoût, l'appétit désordonné, dépravé, en exposant la mère aux suites inévitables d'une mauvaise alimentation, altèrent la pureté des liquides dont le fœtus doit se nourrir, et desquels dépendra la force ou la faiblesse de sa constitution. Les flux intestinaux, en troublant le travail de la digestion, privent les liquides et les solides de leurs éléments réparateurs, et le sang s'appauvrit. De là pour le fœtus les mêmes privations que

celles qui frappent l'enfant à la mamelle lorsque sa nourrice est soumise à une diète prolongée.

Les évacuations sanguines périodiques chez les femmes enceintes d'une forte constitution, lorsqu'elles ne sont pas trop abondantes, ont pour effet de préserver la mère et le fœtus de certains accidents de pléthore qui mettraient obstacle à la nutrition de l'enfant. Il n'en est pas ainsi des évacuations auxquelles on a donné le nom de pertes, et qui ne viennent pas comme les précédentes des vaisseaux destinés à fournir le sang des règles, mais de l'intérieur de la matrice, dont les vaisseaux sont détendus. Ces pertes, de même que les flux intestinaux et l'état de cachexie de la mère, dérobent au fœtus le suc nourricier nécessaire à son accroissement. L'élément de nutrition pour le fœtus devient insuffisant toutes les fois que le sang appauvri de sa mère, chargé de le fournir, ne trouve pas dans un chyle assez riche le moyen de réparer ses pertes.

Ainsi les accidents éprouvés par la mère viennent tous retentir sur l'enfant, dont ils arrêtent le développement. Si l'enfant ne périt pas au sein de sa mère, s'il voit le jour, ce n'est que pour vivre d'une vie languissante, dont il ne se relèvera peut-être jamais. Les principes de débilité, de maladies, qu'il a reçus, soit des germes de sa conception, soit des éléments qui devaient entretenir en lui la vie utérine, sont autant de sources de maladies chroniques. De là des enfants faibles, mal constitués, et des calamités sans nombre pour la société comme pour la famille. Hâtons-nous de faire connaître les moyens de les prévenir.

Le sentiment maternel n'est pas de ceux qu'il est nécessaire de chercher à émouvoir pour en obtenir tout le bien dont ils sont capables; mais par sa tendance à l'exagération et par la multiplicité des circonstances qui le réclament dans l'application, il est un de ceux qui ont le plus besoin d'être éclairés. A la vérité la sollicitude maternelle a souvent des inspirations instinctives qui valent mieux que nos préceptes; mais souvent aussi l'ignorance et les préjugés l'aveuglent et l'emportent au-delà des

indications naturelles. Instruire l'ignorance, combattre et détruire les erreurs, telle est donc notre mission. Une des parties les plus utiles de cette revue hygiénique sera celle qui aura pour but la destruction de ces erreurs populaires, de ces dangereux préjugés, autre espèce de maladies, si souvent funestes à la santé des femmes et de leurs enfants. J'ai pensé qu'avant de chercher à détruire les erreurs, il fallait établir les vérités; dire ce que l'expérience a constaté, avant de réfuter les fausses croyances qui sont le fruit de l'imagination, et présenter sous la forme la plus élémentaire les préceptes formels de la science, avant d'exposer, pour les réfuter, les idées fausses, bizarres et pour ainsi dire superstitieuses de l'ignorance. Il fallait avant tout faire connaître à qui les ignore les causes des accidents réels et les moyens de prévenir ou de combattre leur funeste influence. La connaissance de ces causes étant la première condition pour que les femmes enceintes soient en état de prévenir les maladies, pour les combattre au moyen d'indications précises, nous commencerons par l'examen des causes, l'exposition des moyens préventifs.

Le hoquet provient le plus souvent, chez les femmes enceintes, d'une suite de mauvaises digestions, du séjour de matières indigestes dans l'estomac. Il peut être l'effet de certaines congestions vers cet organe. C'est par lui que se manifeste l'impression que reçoit le diaphragme du refoulement de l'estomac. Le hoquet est plus ou moins fréquent selon le degré d'irritation qui le provoque. Dans les maladies aiguës, l'inflammation peut le déterminer; il peut survenir à la suite d'une surprise, d'une crainte soudaine. Les femmes enceintes étant déjà prédisposées, par leur *impressionnabilité*, à la surprise, à la crainte, elles comprendront de quelle importance il est pour elles de se tenir l'esprit libre de toute préoccupation craintive, de ces préjugés qui manquent rarement de venir inquiéter les jeunes mères soit pour elles-mêmes, soit pour leur enfant, surtout pendant le temps de leurs premières grossesses.

Les flux intestinaux surviennent chez les femmes grosses souvent à la suite de l'abus qu'elles font d'aliments de mauvaise nature. Ces matières troublent la grande fonction du canal alimentaire, qui tantôt les précipite et les expulse rapidement et tantôt les retient indéfiniment. De là, le défaut de nutrition et les conséquences désastreuses d'une irritation qui se prolonge après le départ de ces substances inassimilables, par la dépravation qu'elles ont fait subir aux sucs digestifs, par les modifications organiques qu'elles laissent après elles. Il faut que les femmes sachent résister à ces désirs d'aliments de mauvaise qualité qui jamais ne sont tellement impérieux qu'elles ne puissent les maîtriser. Elles seraient coupables envers elles-mêmes et envers leur enfant, celles qui, instruites des funestes conséquences que peuvent avoir de pareils abus, n'en auraient pas moins la fausse idée de vouloir se rendre intéressantes et attirer l'attention sur elles en les commettant. C'est un travers d'esprit qui n'est pas rare que celui qui pousse certaines femmes à simuler dans ce but des désirs irrésistibles.

La diarrhée excrémenteuse est ordinairement l'effet d'un usage immodéré d'aliments crus, mal conditionnés, de mauvaise qualité; de l'abus de boissons échauffantes et de l'excès des aliments, même de ceux qui sont de bonne qualité. Mal digérées, ces substances séjournent dans l'intestin, s'y corrompent, l'irritent, et produisent la diarrhée excrémenteuse, qui n'est pas ordinairement de longue durée, surtout lorsqu'on observe, pour la faire cesser, un régime convenable; mais si l'on néglige de donner une attention scrupuleuse à la nature de ses causes, le mal continue ses progrès. La diarrhée séreuse provient d'une suite de digestions laborieuses. Les glandes chargées de fournir aux intestins la matière visqueuse destinée à tapisser leurs parois pour faciliter le glissement des matières excrémenteuses séparées du chyle, retiennent alors cette matière qui devient plus dense, plus âcre, et vient irriter la muqueuse, d'où les liquides s'échappent en diarrhée séreuse. Si les digestions ne se rétablissent pas, cette diarrhée devient chronique et colloquative. La diarrhée bilieuse provient, par suite de mauvaises digestions, de la dépravation de la bile, qui produit sur les membranes du canal intestinal l'effet d'un purgatif violent.

La dyssenterie a aussi pour cause anatomique certains accidents qui résultent des écarts de régime. Deux causes peuvent déterminer l'écoulement des règles malgré l'état de gestation : la pléthore, et le relâchement des vaisseaux. Dans la pléthore, c'est l'évacuation d'un sang surabondant avantageuse à la mère et au fœtus, pourvu qu'elle ne soit pas excessive. Naturelle, elle est périodique et elle ne cause aucun dérangement dans les fonctions, aucune douleur. Lorsqu'elle n'est pas naturelle, comme chez les femmes délicates, molles, lymphatiques, elle se fait aux dépens des forces de la mère et de la nutrition de l'enfant. Dans ce cas, comme nous l'avons dit, c'est une perte qui se distingue des menstrues réglées par sa durée variable, par ses périodes irrégulières, par l'absence des signes de pléthore. Le moindre mouvement les renouvelle. Les malades deviennent faibles, languissantes; elles éprouvent des frissons, des horripilations passagères, des nausées, des anxiétés, des étouffements, des palpitations; des douleurs lombaires (dans la région des reins) vers le pubis, des spasmes dans l'hypogastre (partie inférieure du bas-ventre) ou plutôt des spasmes des organes de la gestation. Si ces accidents se prolongent, ils mettent en danger la mère et l'enfant.

Parmi les causes de ces pertes sanguines, il faut surtout distinguer les fausses couches précédentes, l'écoulement de fleurs blanches, les excès de table, surtout de liqueurs spiritueuses, les veilles fréquentes, les vives passions de l'ame, etc. Les pertes considérables peuvent provenir de quelque accident arrivé au fœtus, et qui aura porté sur les adhérences de son enveloppe avec la matrice, et aura ainsi séparé les vaisseaux qui unissaient la matrice au placenta. De là des douleurs vives et de fréquentes faiblesses.

Comment prévenir la séparation de ces deux organes ? En évitant les causes qui peuvent la déterminer, savoir : les chutes, les efforts, les toux convulsives, les éternûments suivis d'une grande secousse, les attaques d'hystérie, les grandes émotions.

C'est à la suite des désordres qu'entraînent après elles les mauvaises digestions que s'établit ordinairement chez la mère la cachexie, si funeste à l'enfant.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

Des rapports existant entre la composition du colostrum chez les femmes pendant la grossesse et l'état de la sécrétion lactée après l'accouchement; de la valeur des caractères extérieurs pour juger les qualités des nourrices; par le docteur DONNÉ.

PREMIÈRE PARTIE.

La première idée des recherches qui font l'objet de ce mémoire m'a été suggérée par une question que l'on adresse fréquemment, dans le monde, aux médecins, et à laquelle il n'était pas jusqu'ici possible de faire une réponse satisfaisante et fondée sur des faits précis; cette question, exprimée de différentes façons, suivant les circonstances, se réduit à celle-ci : « Peut-on déterminer d'avance si une femme aura du lait en suffisante quantité pour nourrir, et si ce lait sera de bonne ou de mauvaise nature, en d'autres termes, peut-on reconnaître avant l'accouchement si une femme sera capable ou incapable de nourrir; si elle sera bonne ou mauvaise nourrice? » On voit que cette question intéresse également la physiologie des sécrétions et la pratique.

Dans l'état actuel de la science, on peut dire, sans crainte de trop s'avancer, que l'on ne possède aucune donnée positive pour résoudre ce problème; cette question est même tellement neuve, quoique susceptible d'une application journalière, qu'on ne la trouve posée nulle part; aussi la partie historique de mon travail devra-t-elle se borner à rappeler quelques idées répandues à cet égard dans le monde et quelques notions plus ou moins vagues et incertaines fournies par une observation incomplète.

Ce que l'on sait sur cette question se réduit à ces termes: 1° on pense généralement que la qualité du lait accumulé dans les seins pendant la grossesse est un indice de son abondance après l'accouchement; 2° on préjuge volontiers de ce qui arrivera sous ce rapport pour les grossesses et les accouchements suivants, par ce qui s'est passé précédemment.

La première opinion dont je montrerai la valeur réelle, n'a pas jusqu'ici une grande importance aux yeux des praticiens, car il est très rare que l'on se fonde actuellement sur cette observation pour établir un jugement et tracer une règle de conduite; quant à la seconde, indépendamment qu'elle est sujette à des exceptions,

elle a l'inconvénient de ne pas s'appliquer aux femmes primipares.

C'est à ces notions vagues que l'on peut restreindre ce que l'on sait sur un point qui n'a pas encore été examiné avec soin, et dont on n'a pas fait le sujet de recherches méthodiques et suivies.

Voyons maintenant ce qu'une série d'observations nouvelles dirigées en ce sens m'ont appris, et quels sont les principes et les règles que l'ont peut en tirer.

Je peux établir, dès le début, la proposition suivante, dont les détails qui suivront ne seront que le développement et la démonstration : « *La sécrétion de la glande mammaire est, après l'accouchement, dans un rapport constant avec l'état qu'elle présente pendant la gestation, de telle sorte que l'on peut, par l'observation de son produit dans le dernier mois de la grossesse, prédire ce qu'elle sera lorsqu'elle aura acquis toute son activité après l'accouchement.* »

Cette loi est tellement générale, qu'elle souffre à peine deux ou trois exceptions dans soixante observations prises chez des femmes dans toutes les conditions d'âge, de tempérament, de nombre de grossesses, etc.; je ne parle pas des accidents qui peuvent survenir à la suite des couches, tels que maladies générales ou locales qui viennent déranger l'ordre des fonctions, et, en particulier, celui des phénomènes de la sécrétion lactée.

Quelques détails sur la nature de la sécrétion des mamelles pendant la gestation et sur la composition du fluide sécrété, sont nécessaires avant d'aller plus loin.

Chez toutes les femmes, à une certaine époque de la grossesse, la pression convenablement exercée, ou la succion au moyen de l'espèce de ventouse dont se servent les nourrices pour tirer leur lait, fait sortir par les orifices du mamelon, tantôt facilement, tantôt avec peine, une certaine quantité d'un liquide ordinairement visqueux, demi-transparent et semblable à une forte solution de gomme arabique, quelquefois claire et limpide, d'aspect homogène chez les unes; offrant, chez d'autres, des stries jaunâtres et dont l'abondance est très variable suivant les individus (1).

---

(1) Cette manœuvre demande quelque précaution et exige, dans certains cas, que l'on y revienne à plusieurs fois pour réussir; c'est ainsi que le froid, l'émotion, etc., peuvent s'opposer momentanément à la sortie de l'humeur lactée.

Ce liquide, observé au microscope, présente le plus souvent la composition fondamentale, si l'on peut dire ainsi, du colostrum recueilli peu de temps après le part et avant la fin de ce que l'on nomme la fièvre de lait. On y aperçoit d'abord des globules laiteux proprement dits, plus ou moins nombreux et bien formés, d'une bonne grosseur ou excessivement petits, et liés entre eux par une matière visqueuse sous forme d'agglomération ; on observe en outre les corpuscules particuliers que j'ai décrits sous le nom de corps granuleux du colostrum, qui se distinguent des globules du lait, à leur couleur plus foncée, un peu jaunâtre, à leur opacité et à leur surface grenue ou muriforme ; ces corpuscules ne peuvent pas être considérés comme formés par la réunion de petits globules laiteux, car leur aspect n'a rien de commun avec les agglomérations dont je parlais tout à l'heure ; celles-ci sont détruites pas une succussion un peu forte du liquide, quand on en possède assez pour l'agiter dans un petit tube, ou par une légère pression de la goutte placée entre les deux lames de verre; les corps granuleux, au contraire, ne subissent aucune modification par ces manœuvres : ils ne se détachent que mieux au milieu des globules laiteux divisés et isolés les uns des autres ; en outre, la solution aqueuse d'iode les colore en un beau jaune, tandis que les globules propres du lait formés de matière grasse ou butyreuse, ne changent pas de nuance par le contact de ce réactif (1); du reste, les corps granuleux, généralement sphériques et plus gros que les plus gros globules laiteux, varient fréquemment de forme et de diamètre.

Telle est la composition du fluide en question, dans son plus grand état de pureté ; l'ammoniaque concentré le transforme, en quelques minutes, en une matière visqueuse plus ou moins filante et glaireuse, suivant la proportion des corps granuleux, ainsi que je l'ai annoncé pour le lait, toutes les fois qu'il contient de ces corpuscules.

Il n'est pas rare, indépendamment des globules laiteux agglo-

---

(1) J'ai fait connaître la propriété qu'a l'iode de colorer en jaune toutes les substances organisées, ou provenant de l'organisation, qui *contiennent de l'azote*, tandis qu'il ne change pas la nuance de celles dont cet élément ne fait pas partie ; j'excepte, bien entendu, l'action toute spéciale qu'il a sur l'amidon ; cette propriété fait de l'iode un réactif précieux pour les analyses microscopiques.

mérés et des corps granuleux, de trouver, suspendus dans le fluide sécrété par la glande mammaire à l'époque où nous l'examinons, des globules muqueux en plus ou moins grand nombre, et des particules les unes infiniment petites, les autres d'une grosseur et d'un aspect analogues à ceux des lamelles épidermiques, et d'autres encore d'une forme indéterminée ; enfin ce liquide est plus ou moins trouble, et, dans certains cas, il ressemble à une eau gommeuse salie par une poussière très fine, dans laquelle on aurait ajouté un atome de lait.

Si nous considérons maintenant les femmes enceintes sous le rapport de la sécrétion des mamelles, pendant le dernier mois de la gestation, nous pourrons les partager en trois catégories : 1° Celles chez lesquelles la sécrétion est pour ainsi dire nulle, et dont il est impossible d'obtenir plus d'une goutte ou d'une demi-goutte d'un liquide présentant à peine, au microscope, quelques rares globules laiteux, nageant avec des corps granuleux dans un liquide trouble et visqueux.

2° Celles dont la sécrétion est plus abondante et chez qui on peut recueillir assez facilement un quart ou un demi-verre de montre, ou 6, 8, ou 12 gouttes d'un colostrum assez clair, offrant, au microscope, les caractères suivants : globules laiteux rares et d'un volume moyen, ou assez nombreux, mais très petits, tels, par exemple, que le plus grand nombre d'entre eux ne dépasse pas un deux centième de millimètre en diamètre; ces globules, souvent mal formés, nagent dans un liquide peu dense et ne forment pas entre eux des agglomérations ayant quelque consistance; ils sont mélangés d'un certain nombre de corps granuleux; et dans certains cas, on trouve en même temps des globules muqueux reconnaissables à leurs contours irréguliers, à leur aspect cotonneux, à la couleur jaune que leur communique la solution d'iode comme aux corps granuleux, tandis que les globules laiteux proprement dits, ne subissent pas de modification sensible avec ce réactif; ce colostrum peut contenir, en outre, ainsi que je l'ai dit, des particules irrégulières ou analogues aux lamelles épidermiques et une sorte de poussière qui en trouble la transparence.

3° La dernière division comprend les femmes chez lesquelles la sécrétion de la glande mammaire est non-seulement abondante, mais où elle est surtout riche en globules laiteux, accumulés les uns sur les autres en petites masses qu'il faut presser entre les

deux lames de verre pour les diviser ; ces globules sont généralement d'une bonne grosseur, ayant pour la plupart environ un centième, un cinquantième de millimètre ou même plus de diamètre, bien formés et presque aussi réguliers que dans le lait arrivé à son état de perfection ; il y a autant de différence sous le rapport du nombre, de la grosseur et de la régularité des globules, entre ce colostrum et le précédent, qu'il y en a entre un lait riche et un lait pauvre.

Dans cette troisième classe de femmes enceintes, outre la richesse des globules, le colostrum présente des corps granuleux en plus ou moins grand nombre, mais aucune autre substance n'en trouble sensiblement la transparence et la netteté ; quelques globules muqueux, quelques corpuscules amorphes peuvent bien exister, mais très rares et dans une proportion infiniment petite ; il ne faut par prendre pour une matière étrangère, une certaine quantité de matière grasse à l'état liquide, qui se fige sur la lame de verre et qui appartient souvent au colostrum le plus riche et le plus pur.

Telles sont, autant que le permet la description d'une semblable substance, les trois principales variétés de colostrum que l'on rencontre chez les femmes enceintes, pendant le dernier mois de la grossesse ; ainsi, en résumé : 1° sécrétion presque nulle et liquide visqueux contenant à peine quelques globules laiteux mêlés de corps granuleux rares ; 2° colostrum plus ou moins abondant, mais pauvre en globules laiteux, petits et mal formés et souvent mêlés de corps granuleux, de globules muqueux ; 3₀ enfin colostrum riche en globules laiteux, réguliers et d'une bonne grosseur, et n'étant mélangé d'aucune autre substance que des corps granuleux particuliers au colostrum.

Voici les indications que l'on peut tirer de l'observation de ces divers états de la sécrétion lactée, vers les derniers temps de la gestation : 1° Le premier état répond à une catégorie de femmes chez lesquelles la sécrétion du lait est pour ainsi dire nulle après l'accouchement, ou bien chez lesquelles elle ne produit qu'un liquide séreux, pauvre en éléments nutritifs et incapable de suffire à l'allaitement d'un enfant ; dans les 60 observations que j'ai recueillies pour ce travail, 13 sont dans ce cas ; une femme, entre autres, nommée Rose Bricet, âgée de 40 ans, d'un embonpoint moyen, ayant eu, disait-elle, beaucoup de lait à son précédent ac-

couchement, a été remarquable en ce qu'après avoir suspendu son enfant à son sein pendant plus de dix jours, avoir appliqué des cataplasmes chauds et insisté de toutes les manières, avec la plus grande ténacité, dans l'espoir de voir enfin son lait venir en suffisante quantité, n'a réussi qu'à produire un lait pauvre, très peu abondant, mêlé de globules muqueux, et incapable de nourrir son enfant; après ces essais persévérants et infructueux, cette femme a été forcée de renoncer à l'allaitement.

2° Chez les femmes de la deuxième catégorie, le lait, après l'accouchement, peut être en petite quantité ou très abondant; mais dans tous les cas, il reste pauvre et séreux, et il forme, pour l'enfant, une nourriture insuffisante ou même de mauvaise nature; 20 femmes m'ont fourni des exemples de ce genre, et j'ai pu suivre, sur un certain nombre d'entre elles, l'influence d'un lait dans un tel état de pauvreté sur la constitution et la santé des enfants : plusieurs ont dû cesser de nourrir en voyant leur enfant ne pas profiter ou même dépérir, être pris de diarrhée et de divers autres accidents, et l'on n'a pas tardé à les voir reprendre, peu de temps après les avoir confiés à une meilleure nourrice; je peux citer entre autres une jeune allemande de très bonne mine, maintenant employée au service de la clinique qui, contre toutes les apparences extérieures, avait un lait pauvre; son enfant mis en nourrice dans un état très chétif, est maintenant fort et bien portant.

3° Enfin le colostrum riche en globules laiteux et pur de toute substance étrangère à la composition du lait, autre que les corps granuleux, le colostrum de la troisième classe, en un mot, indique toujours un lait également riche, abondant et de bonne qualité; 15 observations enregistrées, sans compter celles que je fais presque chaque jour sans les recueillir, confirment ce principe et concourent avec les précédentes à établir la loi du rapport existant *entre la sécrétion du lait chez les femmes pendant la gestation et après l'accouchement.*

On me permettra, avant d'aller plus loin, d'invoquer à l'appui des faits que je signale, une autorité dont on ne contestera pas la valeur, et dont il m'importe de citer le témoignage pour donner plus de crédit à mes paroles, et pour détruire toute idée d'inexactitude ou d'illusion de ma part.

Depuis plus de 2 ans que je me livre à des recherches spéciales

sur le lait, dans toutes les circonstances capables d'intéresser la pratique et la physiologie, j'ai eu de fréquentes occasions de rendre M. le professeur Dubois témoin des observations que je recueille dans son service à la clinique de la faculté; si je l'ai toujours trouvé prêt à vérifier les faits que je soumettais à son examen, s'il m'a toujours témoigné la bienveillante curiosité d'un savant empressé de connaître toutes les vérités nouvelles, je dois dire que ce n'est qu'avec une extrême réserve qu'il s'est prononcé sur la valeur de mes observations; ce n'est qu'après les avoir suivies pendant plus d'une année et avoir pu juger par lui-même, dans beaucoup de cas, de l'exactitude des résultats, qu'il s'est prononcé en faveur de mes expériences.

Ainsi, pour le travail que je présente aujourd'hui, M. Dubois a bien voulu me proposer de lui remettre un certain nombre d'observations cachetées, recueillies sur les femmes enceintes de la clinique, et contenant l'indication de ce que la sécrétion du lait devait offrir après l'accouchement; sur 16 femmes classées d'avance dans les trois divisions que j'ai décrites plus haut, d'après l'état du colostrum pendant le dernier mois de la grossesse, l'indication s'est trouvée confirmée, sauf un cas où une maladie grave, survenue à la suite des couches, a rendu le résultat nul.

Le nombre total des observations que j'ai recueillies à ce sujet s'élève, comme je l'ai dit, à 60; une seule femme n'ayant présenté qu'un colostrum extrêmement rare et pauvre pendant sa grossesse, a eu du lait assez abondant et assez riche après l'accouchement, mais qui s'est promptement tari : chez une autre, qui est accouchée de deux jumeaux, la richesse du lait n'a pas répondu à celle du colostrum.

Un résultat semblable est bien fait pour porter la conviction dans l'esprit de ceux qui en sont témoins : aussi M. Dubois n'est-il pas le seul dont je puisse invoquer l'opinion à cet égard; la sage-femme distinguée, placée à la tête du service d'accouchement de la Clinique, a également vérifié une partie des faits que je rapporte.

M. Dubois ne s'est pas contenté d'examiner le rapport existant entre l'état du colostrum pendant la gestation et la sécrétion du lait après l'accouchement, il a voulu observer par lui-même toutes les variétés que présente le lait relativement à la richesse ou à la pauvreté de ses éléments, à sa pureté ou à son mélange avec des

produits de sécrétion anormale; aussi connaît-il bien maintenant et sait-il apprécier la délicatesse des procédés d'analyse que j'emploie; deux occasions remarquables de me mettre à l'épreuve se sont offertes à lui récemment, et ces deux faits ont trop d'intérêt pour moi, pour que je néglige de les rapporter ici.

Parmi les échantillons de lait que M. le professeur Dubois m'a donnés à examiner, l'un d'eux m'a présenté tous les caractères d'un lait pur et de bonne nature, mais d'une richesse médiocre à la première apparence; toutefois à l'aspect des globules, à leur diamètre et à leur régularité, je jugeais, d'après l'expérience que j'ai acquise par un grand nombre d'observations semblables, que ce lait devait provenir d'une bonne nourrice, mais qui serait restée sans donner à téter pendant un certain temps, 5 ou 6 heures au moins; ce lait appartenait en effet à une très bonne nourrice des environs de Paris, qui étant partie le matin de chez elle, n'avait pas encore donné à téter à 3 heures de l'après-midi, au moment où M. Dubois recueillit de son lait. On sait maintenant, depuis le travail de M. Péligot, que le lait s'appauvrit d'autant plus, qu'il séjourne plus longtemps dans les mamelles; j'ai tous les jours l'occasion de vérifier l'exactitude de cette proposition.

Le fait suivant est plus complexe et d'un intérêt plus réel: Le 9 mars, je reçois un petit échantillon de lait, et le soir du même jour, M. Dubois m'en envoie un second à examiner; je lui transmis le lendemain la note suivante: Tous deux ont la plus belle apparence à l'œil, le n° 1 est assez riche en globules laiteux, mais ces globules sont généralement d'un petit diamètre; il contient des corps granuleux et des globules muqueux; j'y remarque en outre quelques rares globules sanguins; le n° 2 est également assez riche en globules laiteux trop petits; il présente les mêmes altérations que le premier, sous le rapport des corps granuleux et des globules muqueux; je n'y rencontre pas de sang; ces deux échantillons de lait ont tant d'analogie l'un avec l'autre qu'ils sembleraient appartenir à la même femme.

Ils avaient en effet été recueillis sur la même personne, l'un dans la matinée, l'autre le soir, et l'état du nourrisson répondait parfaitement à celui du lait; cet enfant languissait, et ses digestions se faisaient mal, sans que l'on pût se rendre compte de ces accidents, autrement qu'en les attribuant à la qualité du lait; quant aux quelques globules sanguins que j'y avais trouvés, ils provenaient

d'une petite fissure du mamelon; on m'accordera facilement que, dans l'état actuel de la science, les procédés d'analyse que j'emploie sont les seuls capables de résoudre un semblable problème.

M. Dubois a fait donner une autre nourrice à cet enfant, et en quelques jours, tous les accidents ont disparu, les digestions se sont rétablies, les garde-robes ont cessé d'être verdâtres, et la santé est revenue complète; je dois noter, en passant et sans attacher pour le moment d'autre importance à ce fait, qu'il survint chez cet enfant du gonflement avec rougeur, à l'un des orteils, à l'un des doigts de la main gauche et à l'une des joues; ce dernier point a pendant quelque temps menacé d'aboutir.

Il n'est pas rare de trouver des enfants souffrant d'une nourriture trop forte pour leur estomac, et digérant avec peine un lait trop riche et trop substantiel pour leurs facultés digestives; c'est une des altérations, si l'on peut donner ce nom à un défaut de rapport entre la richesse du lait et la force de l'enfant, que j'ai le plus souvent occasion de rencontrer dans le monde; une plus grande distance mise entre chaque époque d'allaitement, suffit ordinairement pour rétablir l'équilibre entre la force de la nourrice et celle de l'enfant, le lait, d'une part, devenant plus aqueux et se délayant par un séjour plus prolongé dans les mamelles; d'autre part, l'enfant ayant plus de temps pour digérer un aliment très substantiel.

Les observations qui font la base de ce mémoire établissent deux choses: 1° Le rapport existant entre la sécrétion des glandes mammaires, ou entre la nature et la composition du colostrum, pendant les derniers temps de la gestation et la sécrétion du lait, sa quantité et sa qualité après l'accouchement, et par conséquent la possibilité de prévoir un mois environ d'avance si une femme sera bonne ou mauvaise nourrice; 2° ayant vérifié dans un bon nombre de cas, par l'état de l'enfant, ce que l'analyse microscopique m'avait appris des qualités du lait, il m'est permis, en partant de ces faits, de chercher à connaître la valeur des opinions actuelles sur certains caractères extérieurs des bonnes nourrices, ainsi que les véritables conditions qui s'accordent généralement avec les qualités du lait.

C'est ce que je vais faire maintenant dans la seconde partie de ce travail.

Je vais passer en revue, soit chez les femmes dont j'ai pu suivre l'enfant pendant l'allaitement, soit chez celles dont la nature du lait ne m'a été démontrée que par l'analyse microscopique, les diverses circonstances extérieures, telles que l'âge, la couleur des cheveux, l'état des seins et du mamelon, les sensations que l'on y éprouve pendant la grossesse, le pays que l'on habite, etc., afin de rechercher s'il existe des rapports entre ces conditions et les qualités du lait.

Je dirai d'abord que l'observation n'apprend rien à cet égard pour les nourrices que reçoit la direction de la rue Sainte-Appolline. L'état de santé des enfants ou plutôt les tables de mortalité, ne permettent de rien établir, soit relativement aux pays d'où proviennent les nourrices, soit relativement à leur constitution, à la couleur de la peau, etc., en supposant même que l'on tienne compte de ces conditions, comme je l'ai fait pour environ 400 d'entre elles; il y a en effet un grand fait général qui paraît dominer toutes ces circonstances particulières d'après les relevés de l'administration elle-même. Il résulte de ces relevés que les pays qui fournissent les meilleures nourrices, ou plutôt où la mortalité des enfants que l'on y envoie est la moins considérable, sont ceux où il y a le plus d'aisance et où les nourrices possèdent des bestiaux et surtout des vaches; ainsi la Normandie est placée au premier rang sous ce rapport dans les tableaux dont j'ai eu communication; ce résultat se conçoit facilement, puisqu'il s'agit de nourritures faites à la campagne, et qu'à défaut du lait de la nourrice, l'enfant profite avec avantage d'un bon lait de vache.

Pour moi, voici ce que j'ai obtenu de la comparaison des conditions dont il s'agit, avec l'état du lait observé au microscope, et, toutes les fois que j'ai pu, avec l'état de l'enfant lui-même; ces derniers faits, qui sont les plus concluants, ayant, comme je l'ai montré précédemment, établi la valeur et l'exactitude des procédés d'analyse microscopiques appliqués à l'appréciation du lait, indique le degré de confiance que l'on doit accorder aux cas dans lesquels l'observation de l'enfant n'a pu suivre celle du lait lui-même.

Relativement à l'âge, il faut distinguer les femmes de Paris et les femmes de la campagne; le résultat est en effet bien différent,

et l'on ne doit pas s'en étonner, car la misère et les vices produisent des effets plus fâcheux dans les grandes villes que dans les campagnes, et ces effets sont plus sensibles sur la santé dans l'âge mûr que dans la jeunesse : aussi trouve-t-on difficilement une bonne nourrice après 30 ans dans les femmes du peuple de Paris, dans celles du moins qui remplissent les hôpitaux, tandis que pour celles de la campagne, la différence s'est plutôt montrée en faveur des femmes au dessus de 30 ans. Ainsi, sur 48 femmes du peuple de Paris ou des environs au-dessous de 30 ans, un tiers environ a présenté du bon lait, et sur 8 au-dessus de 30 ans, j'ai trouvé chez toutes un lait plus ou moins pauvre ; tandis que sur 148 nourrices de la campagne, ayant moins de 30 ans, un cinquième environ s'est montré avec un lait pauvre, et sur 141 au-dessus de 30 ans, un septième seulement a présenté un lait dépourvu de richesse.

Relativement au nombre de grossesses, il est encore nécessaire de distinguer Paris de la campagne, attendu que cette condition s'accorde assez bien avec celle de l'âge : voici ce que donne le relevé de nos tableaux : Sur 29 primipares de Paris, le nombre des laits pauvres et des laits riches a été presque égal, et sur 27 non primipares, 3 seulement ou un neuvième ont offert un lait de bonne nature ; pour la campagne, au contraire, sur 23 primipares, un peu moins du quart a eu le lait pauvre, et sur 68 non primipares, un peu moins du cinquième a été dans ce cas.

Pour la couleur des cheveux, le résultat auquel je suis arrivé ne justifie pas le préjugé populaire en faveur des brunes ; sur un total de plus de 400 nourrices, je n'ai trouvé aucune différence sensible à l'avantage des brunes sur les blondes, ou sur celles de nuance châtain ; parmi les femmes de la campagne, il y en a environ un sixième de médiocres quelle que soit la couleur des cheveux ; sur 9 rousses cependant 5 seulement m'ont présenté les qualités convenables.

État des seins. — Le développement et le nombre des veines superficielles, ne paraît avoir aucune influence sur la quantité et sur la qualité du lait, non plus que la sensation de picotements qu'un grand nombre de femmes éprouvent à des époques très variées de la grossesse.

Mais le développement du mamelon, la couleur foncée ou du moins bien marquée de l'auréole, ainsi que la fermeté des ma-

melles s'accordent mieux généralement avec l'abondance et les qualités du lait, que les caractères opposés; il y a néanmoins de nombreuses exceptions, et il serait impossible d'établir aucune règle générale à cet égard.

Embonpoint général et des mamelles. — De toutes les conditions extérieures dont j'ai pu tenir compte, celle-ci paraît être la plus importante, et avoir la plus grande influence sur l'état du lait; ainsi sur 17 femmes d'un embonpoint assez marqué, 9 m'ont présenté un lait riche, tandis que sur 28 femmes maigres, 4 seulement avaient un lait de bonne nature et 2 sont restées douteuses; sur 7 femmes dans un état tout-à-fait moyen, plus de la moitié ont également offert un lait convenable; relativement au développement des mamelles elles-mêmes, la proportion a été à peu près la même, quoiqu'il arrive fréquemment, comme on le voit dans nos observations, que des seins très développés donnent peu de lait ou un lait séreux.

C'est ici le lieu de faire remarquer que ces résultats ont été fournis par des femmes prises pour la plupart dans la population parisienne et dans la classe pauvre qui vient réclamer des secours dans les hôpitaux ; il est probable que des observations recueillies sur des femmes de la campagne ou de la classe aisée, apporteraient des modifications notables à ces renseignements ; aussi ne faudrait-il pas trop se hâter de tirer des règles et des conclusions définitives des faits que je viens d'exposer; ils doivent être considérés comme un essai que des observations ultérieures et plus étendues viendront compléter et modifier, en attendant qu'il soit permis de former une statistique exacte sur ce point.

Il me reste à considérer maintenant l'influence du pays; relativement à Paris, ou du moins à la classe pauvre de cette ville, cette influence paraît considérable: ainsi, parmi les femmes de la clinique de la Faculté, j'en trouve à peine la moitié avec les qualités de bonnes nourrices, tandis que pour les femmes de la campagne, le nombre des mauvaises nourrices ne s'élève guère qu'à un sixième, et je trouve à cet égard une moyenne à très peu près égale entre celles de la Champagne, de la Normandie, de la Picardie et de la Bourgogne.

CLINIQUE MEDICALE.

Convulsions générales survenues chez une fille de trois ans, à la suite d'une indigestion ; par le docteur OLIVIER, médecin de l'hôpital de Montluel, membre correspondant de la société de médecine de Lyon, etc.

Le 12 juillet 1841, à 3 heures après midi, je fus appelé pour voir une enfant de 3 ans, la nommée Céline Chincre, qui venait, me dit-on, d'être subitement prise par d'affreuses convulsions. Le père, vivement effrayé de l'état dans lequel se trouvait sa fille qu'il avait laissée un quart-d'heure auparavant pleine de vie et de santé, accourait en toute hâte à mon domicile, suivi d'une domestique tenant dans ses bras la malade que l'on avait enveloppée dans une couverture, pour se rendre plus facilement maître des mouvements nerveux.

Céline Chincre est d'une très grande vivacité, très irascible, elle a, jusqu'à ce jour, joui d'une bonne santé, et n'a jamais eu ni maux d'yeux, ni éruptions propres à l'enfance.

Le père, interrogé, m'apprit que sa petite, une demi-heure avant l'accident, avait eu des nausées et avait rejeté, une fois seulement avec beaucoup de peine, des morceaux entiers de racines jaunes qu'elle avait mangées avec promptitude la veille à son dîner, qu'alors elle était tout-à-coup tombée aux pieds de sa mère dans l'état où je la voyais.

Suspension de la volonté, de l'ouïe et de la vue, resserrement des pupilles, mouvements convulsifs des yeux, tournoiement de ces organes dans leur cavité, parfois ils restent fixes. Distorsion de la bouche du côté de la commissure droite, les muscles dans cette partie, durant 4 à 5 minutes, entrent dans une contraction violente qui imprime à la face un aspect effrayant. Il y a trismus heureusement incomplet, mouvements continuels, irréguliers et involontaires du bras gauche et de la jambe droite. Dans cette dernière, ils sont moins prononcés, soubresauts des tendons, pouls fort et accéléré (140 puls.); les bruits du cœur sont tumultueux, peu de dyspnée, légère injection de la face.

Prescription. — Linges chauds sur les régions épigastrique et abdominale, coton et taffetas gommé aux pieds, thé léger, eau sucrée chaude en boisson; je les administre par cuillerées à café

et sans interruption pendant une heure. Le liquide quelquefois passe avec difficulté, par suite de la contraction spasmodique des muscles pharyngiens; 4 lavements légèrement laxatifs sont administrés sans résultat.

A 4 heures, les mouvements convulsifs des membres, ainsi que ceux de la face cessent, l'enfant est plus calme, son regard plus naturel; mais il y a toujours insensibilité de la rétine, les doigts passés devant les yeux le sont sans production d'aucun clignement, absence de l'entendement, cessation des soubresauts, le pouls conserve sa fréquence, la respiration est plus libre, le trismus moins fort; la petite malade boit mieux, mais toujours ni vomissements, ni selles; les mêmes moyens sont continués sans interruption; le ventre est tuméfié.

A 7 heures, on donne un septième lavement, les deux précédents ayant été mal reçus. Une seconde crise apparaît alors avec les mêmes symptômes que dans la première, mais avec une intensité moins grande, elle cesse après un quart-d'heure, et Céline Chincre tombe dans un grand accablement.

A 8 heures, comme on examinait souvent s'il arrivait quelque selle, on s'aperçoit que la malade commence à évacuer un peu, mais à peine a-t-elle commencé, qu'aussitôt elle s'arrête, et apparition en même temps d'une troisième crise plus forte encore que la première. Je fais éloigner les parents pour leur épargner le spectacle douloureux de voir succomber l'objet de leur tendresse. Un huitième lavement est donné avec l'huile d'amandes douces, à peine est-il reçu, qu'une abondante évacuation en est le résultat, on trouve dans le lit des morceaux de racine jaune entiers, la sécrétion de l'urine s'opère aussi en abondance, et demi-heure après les convulsions cessent. Insensiblement chaque fonction revient à l'état normal; au délire, succède un état de calme véritable, l'enfant s'endort, repose toute la nuit: pendant sa durée, une forte réaction s'est opérée sur le système dermoïde, une bonne moiteur s'est manifestée, l'enfant en un mot, le lendemain à 8 heures du matin, jouait sur les genoux de sa mère.

Pendant l'administration du dernier lavement, deux moxas avaient été appliqués aux jambes, et le ventre constamment avait été recouvert de cataplasmes en farine de lin.

Réflexions. — Si nous examinons ici et le mode d'action de la cause de la maladie et l'ensemble de ses symptômes, nous

verrons que l'irritation cérébrale n'a été que sympathique et non pas idiopathique. Il y a bien eu absence de l'entendement, de l'ouïe, de la vue, mouvements désordonnés, perte de l'influence volontaire, ce qui annonce évidemment une lésion de l'organe encéphalique, mais ici elle n'a été que secondaire, et c'est dans le tube intestinal que résidait la cause première de tous les désordres nerveux que nous avons été à même de remarquer. Comment expliquer en effet la suppression des vomissements, des selles et des urines, de ces fonctions, si ce n'est par une irritation première dans la fibre musculaire du tube intestinal, irritation dont l'intensité a été si grande qu'il y a eu contraction, resserrement, état convulsif de ces organes, et de là irradiation au cerveau, réaction sur la pulpe nerveuse.

Quelle conséquence tirer maintenant de cette observation? Fallait-il recourir aux antispasmodiques? A coup sûr non, c'eût été augmenter la congestion du cerveau, ses désordres nerveux, parce qu'on aurait paralysé les forces digestives de l'estomac; 2° devais-je, au contraire, employer les sangsues, l'ipécacuanha pour arriver, dans le premier cas, à combattre les phénomènes qui dépendaient de la lésion apparente de l'encéphale, et, dans le second, pour produire une plus prompte évacuation? j'ose dire encore non. Si j'avais eu recours aux sangsues, au lieu de détruire la cause, je l'eusse maintenue, et les convulsions, en se renouvelant et plus fortes et plus souvent, auraient fini par amener (et cela bien promptement), l'inflammation, et par suite une congestion séreuse.

Quant à l'ipécacuanha, je redoutais aussi pour ma petite malade, par suite des efforts du vomissement, une augmentation dans l'irritation, la congestion cérébrale. Ici, j'en conviens, je devais être moins retenu par cette crainte, parce que la cause de la maladie m'était connue; qu'il y avait plutôt affection abdominale que cérébrale: je crus cependant devoir agir avec prudence, je me bornai à recourir aux moyens propres à détruire la cause, et le résultat a heureusement justifié ma manière de voir.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Du traitement des fractures chez les enfants, par F. L. TAVIGNOT.

(3e et dernier article.)

5° Pour traiter convenablement cette question : quel appareil convient-il d'appliquer au traitement des fractures chez les enfants? il faut avant tout tenir compte et de l'espèce de fracture qu'il s'agit de traiter et aussi de la nature même des fractures. Il va sans dire que nous n'avons ici en vue que les fractures mentionnées dans notre relevé statistique. C'est annoncer que nous n'abordons pas la question du traitement de certaines fractures spéciales, telles que les fractures du radius, celles du col, du fémur, les fractures tellement compliquées qu'elles réclament ou la résection ou l'amputation, etc.

Et d'abord pour ce qui est des fractures de la clavicule, disons que, dans le quatrième cas que nous avons relaté, quel qu'ait été l'appareil mis en usage, la guérison, quoique nous ayons omis plusieurs fois de relater cette circonstance, a toujours été accompagnée d'un peu de difformité. Ainsi la ceinture de Boyer, le bandage en 8 de chiffre, simplification de celui de Desault, n'ont pu s'opposer et remédier d'une manière complète au déplacement. Est-ce à dire pour cela qu'il faille, dans le traitement de cette affection, négliger l'application méthodique d'un appareil? Nous ne le croyons nullement; et, sans nier que Desault n'ait vanté quelque peu les résultats avantageux de sa pratique, nous n'en persistons pas moins, M. Guersant et moi, à admettre la possibilité d'une guérison complète et sans difformité; seulement ce résultat sera d'autant moins fréquent qu'on sera davantage convaincu de son impossibilité. M. Guersant fils a par devers lui des cas de guérison de fracture de clavicule chez des enfants et sans aucune difformité. Moi-même j'ai observé, chez un adulte, un fait de cette nature on ne peut plus probant; on avait mis en usage le simple bandage de Mayor.

Pour rendre clairement notre pensée dans la solution d'un problème aussi intéressant et surtout aussi pratique que celui qui a trait à l'espèce d'appareil qu'il convient d'appliquer aux fractures des membres chez les enfants, ne comprend-on pas aisé-

ment qu'il convient ici surtout d'établir une dis inction importante entre les fractures des membres supérieurs et celles des membres inférieurs; entre les fractures simples et par cause indirecte et les fractures compliquées et par cause directe.

A. Règle générale, au début des fractures simples des membres supérieurs, il convient de placer convenablement ce membre sur un plan horizontal que l'on improvise facilement à l'aide d'un ou de plusieurs paillassons; des compresses, imbibées d'eau froide et remouillées toutes les deux heures, sont appliquées sur le siége même de la fracture. Les enfants, même les plus turbulents, gardent en général la position qu'on leur a donnée, et ils la gardent moins par docilité que par crainte de voir se renouveler les douleurs que le plus léger mouvement ne tarde pas à déterminer.

Après 24 heures au moins de ce traitement *préliminaire*, on peut sans danger procéder à l'application de moyens contentifs; mais quels devront être ces moyens? Je crois convenable d'appliquer le bandage roulé simple, en se servant seulement d'attelles immédiates soit en bois, soit en carton; mais à la condition que cet appareil ne sera que *provisoire*, c'est-à-dire que du cinquième au huitième jour de l'accident, selon le degré de gonflement qui existait, on procédera à l'application de l'appareil dextriné convenablement appliqué. Cette pratique se fonde sur cette circonstance, que si l'on appliquait tout d'abord l'appareil inamovible, il ne tarderait pas, au bout de sept ou huit jours, à être tellement relâché par la disposition du gonflement, qu'il deviendrait un moyen impuissant de contension, d'où la possibilité d'une consolidation vicieuse. Il faudrait donc, pour obvier à cet inconvénient, changer l'appareil après quelques jours seulement de son application; il ne serait plus inamovible dès lors. Je ne conseillerais d'ailleurs pas de le couper, d'en exciser une portion et de le conserver cependant à l'aide de quelques tours de bande dextrinée, ainsi que l'a conseillé un chirurgien belge. Tandis qu'au contraire appliqué vers le septième et huitième jour de la fracture, le bandage dextriné, qui devient un appareil définitif, peut être conservé jusqu'à la fin du traitement, et cela en remplissant complétement les indications; mais, m'objectera-t-on, puisque vous trouvez convenable et sans inconvénient l'appareil ordinaire, pendant les huit premiers jours, pourquoi ne pas en continuer

l'usage jusqu'à la fin du traitement? A cela, je répondrai que lorsqu'on est placé entre deux inconvénients également inévitables, il n'y a pas à hésiter, il faut se décider pour le moins fâcheux. Or, il est évident que, par l'ancien mode de traitement, il ne suffit pas, chez les enfants, de changer une seule fois l'appareil pendant toute la durée du traitement, mais qu'il faut au contraire procéder à son renouvellement un nombre de fois plus considérable, qui est d'ailleurs variable et en rapport surtout avec l'indocilité du jeune malade. Or, personne, je crois, ne contestera que l'inamovibilité ne soit une circonstance favorable à la formation régulière du cal. Ajoutez à cela la possibilité de donner au membre les différents degrés de flexion ou de demi-flexion jugés nécessaires, et cela d'une manière stable, et vous comprendrez que, même pour le membre supérieur, l'appareil dextriné a bien des avantages.

B. Les fractures compliquées du membre supérieur réclament toutes un élément de plus dans le traitement que les fractures simples dont nous venons de parler. Je veux dire les irrigations d'eau froides, plus ou moins longtemps continuées selon le degré de complication de la fracture. Mais comme il est convenable, lorsque les irrigations doivent être employées pendant plusieurs jours de suite, de fixer, et de maintenir dans l'immobilité le membre fracturé, il me paraît convenable d'employer à cet effet la bottine de carton verni convenablement disposée. L'eau ne saurait l'attaquer en aucune façon, et elle peut servir ainsi d'une manière indéfinie. Le temps de son application ne saurait être déterminé à l'avance. Lorsqu'on jugera la chose opportune, rien n'empêchera de la remplacer par le bandage dextriné; mais il est des cas où le travail de cicatrisation de la plaie extérieure met autant de temps que celui de la formation du cal; alors il faut panser souvent la solution de continuité; dès lors, il y a indication de conserver la bottine.

C. Pour le membre inférieur, nous aurons à discuter certains points de doctrine qui ne se rencontraient pas tout à l'heure. Ainsi disons d'une manière générale, que les enfants, comme les vieillards, mais par des raisons différentes, contractent surtout des maladies mortelles par leur séjour au lit, dans des salles où l'air est vicié. Les enfants qui pissent continuellement au lit, et il y en a un bon nombre, sont, dans nos hôpitaux du moins, par cela même exposés à un contact humide, à une cause inces-

sante de refroidissement qui rend compte de la fréquence des affections de poitrine. Pour ce qui est de l'autre influence délétère, la viciation de l'air, qui ne comprend que son action doit être d'autant plus funeste, qu'elle est plus prolongée, plus continue? C'est donc rendre un véritable service à la science, bien mériter de l'humanité, que de trouver un moyen qui, en même temps qu'il guérisse les fractures, permette cependant d'éviter les graves inconvénients que je viens de signaler; et bien, ce moyen, il ne faut pas le chercher bien loin. Il n'est pas nécessaire de le créer, car il existe dans le domaine de la science. C'est l'appareil dextriné; pourquoi donc son usage n'est-il pas universel? pourquoi ne l'emploie-t-on pas d'une manière plus générale, lorsqu'il ne se rencontre pas de contre-indications? Je ne veux pas dire qu'avec cet appareil inamovible, il faille faire marcher les enfants, et les laisser jouer; non sans doute, mais au moins on pourra les tenir levés presque toute la journée : on y trouvera aussi l'avantage de pouvoir, pendant la belle saison, les placer sur un fauteuil et les exposer dans la cour et au soleil. Ils éviteront ainsi de respirer continuellement l'air des salles qui leur est souvent si funeste.

D. Le traitement des fractures simples de la jambe et de la cuisse chez les enfants est lui-même excessivement simple. Des compresses imbibées d'eau froide entoureront la portion fracturée du membre. Ce membre lui-même sera placé dans une gouttière de carton préalablement vernie. Si l'on a affaire à une fracture de jambe, la gouttière ne dépassera pas le genou. Elle occupera toute la longueur du membre, au contraire, si c'est une fracture de cuisse. Des lotions d'eau froide seront renouvelées toutes les deux heures pendant un jour, 24, 36, 48 heures et même plus, selon les cas. On serrera ou on desserrera l'appareil eu égard aux indications, puis le sixième ou septième jour, lorsque la tuméfaction aura disparu, on aura à sa disposition le bandage dextriné qui sera continué jusqu'à la fin du traitement. Si l'on avait des raisons particulières pour maintenir la bottine vernie, les enfants ne devraient pas moins être tenus levés le plus possible.

6° Si jusque dans ces derniers temps, l'appareil dextriné avait été pour ainsi dire proscrit du traitement des fractures des membres inférieurs chez les enfants, la raison en était bien simple,

c'est qu'urinant continuellement au lit pour la plupart, l'appareil, après quelques jours de son application, ne tardait pas à être complétement ramolli et impuissant. Pour maintenir les fragments en rapport, on avait beau faire, les enveloppes protectrices étaient tout-à-fait impuissantes pour parer à cet inconvénient; et tant qu'il existait, il n'y avait plus, pour la cuisse et pour la jambe, d'appareil dextriné possible chez les enfants. Sur ces entrefaites, j'eus l'idée d'employer le vernis gras (1). L'application régulière et méthodique de ce vernis m'a paru combler, sous ce rapport, une lacune importante.

On place entre le membre et le bandage, une feuille de papier vernis ou du taffetas gommé de manière à le faire déborder suffisamment la partie supérieure de l'appareil; on applique une bande dextrinée, puis on rabat, en forme de manchette, cette portion supérieure; on fait sécher avec soin l'appareil, de manière à le préserver, autant que possible, du contact de l'urine; aussi l'enfant a-t-il besoin d'être surveillé bien attentivement pendant les premières 24 heures. La dessication étant complète, et ce point est capital, car autrement l'appareil ne sécherait plus, on enduit, à l'aide d'un pinceau, sa face extérieure d'une couche de vernis gras, en ayant soin d'en revêtir d'une manière bien exacte la totalité de cette surface, car il suffirait du plus petit espace qui n'en eût point pour livrer un accès facile à l'urine. Vous pouvez ensuite abandonner cet appareil à lui-même; si les préceptes que je viens de formuler ont été exactement suivis, vous pouvez être en toute sécurité. L'enfant peut pisser indéfiniment : votre appareil est inattaquable et n'en reste pas moins inamovible.

7° Pour ce qui est de la durée du traitement dans les conditions normales de l'organisme, on peut avancer, sans être taxé d'exagération, que chez les enfants la durée du traitement des fractures simples est de moitié plus courte que chez les adultes; la vitalité plus grande de tout le système, qui s'explique par le besoin de formation et d'accroissement, rend suffisamment compte de la rapidité plus grande du travail de consolidation des solutions de continuité des os. Ainsi, plus les enfants seront jeunes,

---

(1) Voyez l'*Examinateur médical*, n° 6. 1841. — De l'application du vernis gras à l'appareil dextriné chez les enfants.

plus rapide devra être la guérison de la fracture. Le minimum de durée a été de 12 jours; seulement dans 4 cas, elle a été de 14 jours. Le plus ordinairement le chiffre n'a varié qu'entre 18 et 20 jours. Le maximum enfin est représenté par 3 cas qui ont été de 24, 25 et 26 jours.

Si notre tableau statistique est incomplet sous beaucoup de rapports et porte sur un nombre trop restreint de faits, pour pouvoir étayer la plupart des idées que nous avons avancées, il suffit au moins pour établir d'une manière définitive la durée des fractures simples chez les enfants bien constitués.

Je ne chercherai pas à déterminer, dans ces généralités, la durée du traitement des fractures compliquées, je renvoie à l'étude des faits particuliers, car cette durée variant nécessairement comme le degré de la complication elle-même, il faut préalablement la connaître dans ses particularités.

Voyons maintenant si, chez les rachitiques, la durée du traitement varie beaucoup; si elle est plus longue ou si elle est plus courte que chez les sujets bien constitués. Sur 6 sujets rachitiques affectés de fractures, 3 ayant des fractures du bras et les 3 autres de la cuisse, nous trouvons que le minimum de durée a été de 22 jours (obs. XXVII). Le rachitisme étant en effet plus prononcé et au premier degré dans les autres observations, nous avons 31 jours (obs. XXIV), 34 jours (obs. IX), 37 jours (obs. XXI), 54 jours (obs. XIV), et 63 jours (obs. XVII).

Ainsi plus de doute, et c'était d'ailleurs depuis longtemps un fait établi, la durée du traitement est bien plus difficile chez les sujets rachitiques que chez ceux qui sont bien constitués. On a pu voir, d'après nos observations, qu'il serait difficile de déterminer à l'avance, même en tenant compte du degré de rachitisme, quelle est la durée moyenne de ce traitement, puisqu'elle a considérablement varié, tant il est vrai de dire que lorsque l'organisme n'est plus soumis à des lois normales et déterminées à l'avance, les autres échappent par leur irrégularité même à toute espèce de généralisation.

En parlant de la nature des causes capables d'expliquer la fréquence des fractures chez les rachitiques, on a vu, au commencement de ce mémoire, que je faisais jouer un certain rôle à la courbure même des os. Ainsi, dans une chute sur les pieds, par

exemple, la solution de continuité sera d'autant plus imminente que les courbures des os seront plus prononcées; car alors, les deux extrémités de l'os tendront à se rapprocher davantage, la fracture par cause indirecte sera bientôt opérée.

Dans cette hypothèse aussi, qui, si elle n'est pas vraie, a au moins pour elle le mérite de la nouveauté, on peut encore facilement expliquer les fractures par cause directe. Le fémur présente, je suppose, une courbure à convexité externe, le malade fait une chute sur le côté, c'est donc l'angle ou la partie saillante du fémur qui reçoit le choc tout entier et à elle seule; elle doit dès lors avoir plus de chance, toutes choses égales d'ailleurs, pour en éprouver une solution de continuité, que si le mouvement imprimé était réparti sur une plus grande surface. Ce sont ces courbures elles-mêmes dont je veux faire intervenir l'action pour expliquer, en partie du moins, la lenteur du travail de formation du cal. Je vais essayer de traduire ma pensée dans les termes les plus simples possibles. Supposez en effet un fémur recourbé en arc de cercle, et dont on viendrait à rompre brusquement la partie moyenne, et cela de manière à avoir une fracture transversale, n'est-il pas évident que la condition indispensable pour que les fragments soient dans un rapport exact et précis, c'est de reconstituer l'arc de cercle tel qu'il existait primitivement; que si, au contraire, comme nous le pratiquons journellement, nous cherchons à établir par nos appareils le membre dans une rectitude qui n'existait pas primitivement, on voit facilement que les fragments ne sont plus dans un rapport immédiat par toute la partie fracturée, mais seulement par une portion très mince qui avoisine la convexité de l'arc. Or, comme pour la guérison prompte d'une fracture, la condition indispensable, c'est que les deux bouts soient dans un rapport exact, ne voit-on pas qu'il faut tenir compte de cette circonstance qui doit nécessairement retarder la formation du cal. Mais ce n'est pas tout, et pense-t-on que le périoste s'accommode volontiers de ce redressement brusque des courbures des os devenues naturelles. Il se trouve tortueux, tiraillé, et de deux choses l'une, ou il est décollé dans une plus ou moins grande étendue, ou bien, ce qui est le plus ordinaire, il se trouve déchiré vers la concavité de la courbure et cela dans une étendue variable, comme le degré de la courbure

elle-même. Dans l'un et l'autre cas, la fracture se trouve dans une circonstance défavorable pour la formation du cal ; et il n'y a plus à s'étonner si celui-ci met un temps plus considérable pour devenir aussi ferme et aussi résistant que celui qui se développe dans des conditions normales ; puisque, d'une part, plus de substances devront entrer dans sa composition, puisque l'intervalle qui sépare les fragments est augmenté, et que, d'autre part, l'organe sécréteur de la substance calleuse est ou altéré ou partiellement détruit.

Si j'ai lieu d'être surpris en avançant une explication aussi juste et aussi rationnelle, c'est qu'elle n'ait point été donnée plus tôt ; car rien n'était plus facile que de répéter, comme nous l'avons fait nous-mêmes, sur les cadavres de sujets rachitiques, les quelques épreuves que nous avons faites nous-mêmes, et qui nous ont servi à établir ce point de doctrine chirurgicale sur les fractures des enfants.

Un autre problème à résoudre serait celui-ci : Quels sont, dans les conditions normales, les os dont la consolidation à la suite de fractures simples est plus rapide ? Nous voyons d'abord qu'il n'y a pas une différence bien grande entre la durée comparative de ces différentes fractures. Ainsi celles qui sont consolidées les premières sont les fractures du bras, en 12, 14, 18 et 20 jours. Celles du fémur, en 15, 18, 19, 21 jours, etc. Les fractures de la clavicule, en 14, 16 et 20 jours, etc. On voit donc que, d'après nos relevés, la différence n'est pas assez grande, assez évidente même pour être admise d'une manière définitive. S'il y avait quelque chose à déduire de nos observations, c'est que les fractures simples se consolident chez des sujets de bonne constitution dans une espace de temps qui est sensiblement le même pour tous.

Diverses questions ont été soulevées dans ce travail. Plusieurs paraîtront à quelques personnes manquer par leur base et ne s'appuyer pas sur un nombre suffisant de faits. D'autres enfin n'ont pas été soulevées par nous, et cela à dessein. Telle est celle qui a trait à la fréquence relativement plus considérable des fractures en hiver ou en été.

C'est dire que nous continuerons avec ardeur nos recherches à cet égard pendant longtemps encore ; quel que soit le résultat

auquel nous arrivions, nous le dirons avec franchise. Nous déclarons seulement par avance que nos observations, prises par nous-mêmes, doivent être considérées comme exactes et régulières; tandis qu'on ne saurait jamais en dire autant de ces relevés statistiques faits sur des registres d'hôpitaux, et d'après le diagnostic porté par les internes lors de l'entrée des malades à l'hôpital, c'est-à-dire à une époque ou celui-ci le plus souvent n'a pas même été examiné.

Lorsqu'on veut détruire ce qu'on appelle une erreur, en disant que les fractures chez les enfants sont bien plus communes en été qu'en hiver, il faudrait au moins établir ce point de doctrine à l'aide de documents qui ne fussent point eux-mêmes entachés d'erreur. Ce serait un singulier système en effet que de vouloir amener la vérité en additionnant des faits inexacts. Quel que soit d'ailleurs le résultat de nos recherches ultérieures, elles ne s'appliqueront jamais qu'aux localités où elles auront été obtenues. Car qui ne comprend que si le genre de vie et les circonstances environnantes viennent à changer pour les enfants, les accidents auxquels ils sont exposés doivent eux-mêmes nécessairement varier? C'est ainsi, par exemple, que je comprends fort bien que les chutes si fréquentes sur la terre que font les enfants pendant l'été à la campagne doivent être bien plus rarement suivies d'accidents que lorsqu'elles ont lieu sur le pavé des villes.

REVUE RÉTROSPECTIVE.

Esquisse historique et bibliographique des maladies chez les enfants.

Dans un discours prononcé à l'ouverture de son cours annuel des maladies des enfants, M. le docteur Chrestien de Montpellier a tracé l'esquisse historique de l'étude des maladies du jeune âge. Le professeur nous ayant fait l'honneur de nous envoyer ce discours, nous le communiquons en abrégé à nos lecteurs. Cette occasion nous décidera à jeter quelques mots de littérature spéciale dans cette revue consacrée aux faits pratiques et à offrir à

nos lecteurs une sorte d'initiation à la revue rétrospective. Cette analyse ouvrira les communications qui doivent s'établir entre nous et plusieurs médecins de la Faculté de Montpellier, grâce aux soins de M. le docteur Cathala. A l'exemple de Montpellier, Strasbourg ne nous fera pas défaut. « Je me trouverai heureux, nous écrivait dernièrement M. le docteur Malle, secrétaire général de la Société des sciences du Bas-Rhin, de vous fournir des renseignements sur ce que la médecine enfantine pourrait offrir de vraiment intéressant ici et de contribuer pour ma part à la prospérité d'une entreprise qui ne peut manquer de produire les résultats les plus avantageux pour tous les gens de l'art. »

« L'élève qui s'est contenté des leçons faites dans le sein des Facultés rencontre journellement dans la pratique, a dit le professeur de Montpellier dans son discours, des difficultés qu'on ne lui a pas appris à vaincre. Quels que soient le zèle et le talent du professeur chargé d'enseigner les accouchements, les maladies des femmes en couche et celles des nouveau-nés, il faut que l'enseignement libre vienne en aide à l'enseignement officiel. » J'exprimerai ici le vœu de voir imiter à Paris l'exemple du professeur de Montpellier. Il est certain que les professeurs de la Faculté de Paris, MM. Moreau et Dubois, pourraient, en réunissant leurs lumières, constituer à la Faculté de Paris un enseignement complet des maladies des enfants nouveau-nés, mais ils ne pourraient le faire qu'aux dépens de la partie essentielle de leur mission, celle des accouchements, pour laquelle ils n'ont qu'un temps à peine suffisant. D'ailleurs, je dois le dire, cette lacune est presque suffisamment comblée par le zèle d'un des plus habiles professeurs de la Faculté elle-même. M. le professeur Trousseau, chargé à l'hôpital Necker d'un service de nourrices, a su tirer parti de ce petit champ d'observation en faveur de ses élèves. Il a prouvé que, pour faire de bonnes leçons de clinique, il n'est pas nécessaire de se trouver au milieu d'un grand nombre de malades. Nous ne manquerons pas de mettre nos lecteurs au courant des idées émises par le savant professeur.

Mais il ne s'agit ici que des maladies observées chez les enfants à la mamelle. L'enseignement spécial des maladies des enfants reste donc incomplet au point de vue des diverses époques de

l'enfance, puisque la thérapeutique devient tout autre selon ces périodes. Comparées entre elles, dans ces phases successives, elles diffèrent de plus en plus à mesure qu'on les observe plus près de l'âge adulte (1).

Avec le professeur de Montpellier remontons les âges et redescendons rapidement la chronologie des siècles jusqu'à nos jours. Pour compléter ensuite la liste des noms dont la médecine du jeune âge éveille le souvenir, nous grouperons le plus grand nombre de ceux pour qui l'orateur n'a pu trouver place dans les limites de son discours.

Hippocrate et Celse n'ont fait qu'énumérer les maladies de l'enfance; Moschion n'a écrit que sur la manière de nourrir, de *langer* et de laver les nouveau-nés; rien dans ces auteurs, sur la manière de reconnaître et de traiter la maladie. Paul d'Égine n'a parlé que du strabisme des enfants. Aucun traité spécial sur les maladies de l'enfance, jusqu'au seizième siècle où parurent avec éclat Rondalet en France, Mercuriali en Italie et Mercado en Espagne.

Rondelet étant devenu chef de la *réforme* à Montpellier, en 1559, fut empêchée la publication d'un traité *de Affectibus infantium et puerorum* qu'il avait dicté à ses élèves.

---

(1) M. le docteur Becquerel, après plusieurs années d'internat à l'hôpital des Enfants, ouvrira prochainement, à l'école pratique, un cours de pathologie spéciale des enfants. Les leçons de cette observateur seront reproduites dans cette revue. On sait combien la clinique de la pratique civile est différente de celle des hôpitaux. Là, en effet, autres influences, marche différente de la maladie, autres indications thérapeutiques, autres difficultés dans l'application des moyens, soulevées par les préjugés de la famille. L'enseignement de la pratique civile n'existe plus depuis que, pour les élèves, les maîtres ont été remplacés par une école. Dans le but d'organiser une sorte d'enseignement de la clinique civile, pour les maladies des enfants, dans cette revue, nous avons institué au centre de Paris, en faveur des familles nombreuses, une consultation spéciale. Les observations qu'elle nous fournira, jointes à celles que nous recevons des praticiens, suppléeront à l'insuffisance de la clinique des hôpitaux. La presse médicale doit seule s'efforcer, dans l'état actuel des choses, de réaliser cette vue de l'enseignement.

A cette époque parut le traité *de Puerorum morbis*, du médecin de Forli (1583); en 1605 il fut traduit en allemand par Uffenbach. C'est dans le livre *Tractatus varii*, de Gaspard Bauhin, publié à Lyon en 1623, que l'auteur a trouvé le traité *de Puerorum morbis* divisé en 3 livres. Le premier est consacré aux maladies visibles, exanthèmes, amaigrissement, exagération du volume de la tête, tumeurs, scissures et imperforations; le second aux maladies dites internes, parmi lesquelles le mutisme et le bégaiement; le troisième aux maladies vermineuses.

L'ouvrage *de Morbis puerorum* de Mercado, publié à Valladolid, en 1611, traite, dans un premier livre, *de Puerorum educatione, custodiâ et providentiâ;* dans un second livre, il traite des maladies des enfants. C'est dans ce livre que Mercado émit son opinion sur l'*excès d'humidité* comme cause principale des maladies du nouveau-né.

Peu après naquit Ranchin, qui dota la science d'un ouvrage sur les maladies des enfants. C'est en 1640 que parut son *Tractatus de morbis puerorum*. Il y discute la question de l'influence du jeune âge sur les diverses affections, il examine ensuite les causes qui exposent l'enfance à tant de maladies. Il divise celles-ci en celles qui sont propres aux enfants et en celles qui, quoique plus fréquentes chez eux que chez les adultes, sont néanmoins communes aux uns et aux autres.

Ranchin eut ses devanciers; mais il envisagea son sujet sous un aspect nouveau. Sennert le blâme d'avoir injustement reproché aux anciens, à l'exemple de Mercuriali, leur négligence pour l'étude des maladies de l'enfance; c'est à tort, car si les Arabes ont écrit de bonnes choses sur la variole, dit M. Chrestien, si l'épilepsie, la teigne et autres maladies des enfants avaient été déjà décrites par des auteurs grecs et latins, il n'en est pas moins exact d'assurer qu'aucun d'eux n'a laissé un traité spécial sur les maladies de l'enfance; et celui que Sennert nous a laissé lui-même à la fin du quatrième livre de sa *Médecine pratique*, témoigne bien de l'état peu avancé où se trouvait alors cette branche de la pathologie humaine. Cette étude spéciale inspira de plus en plus de l'intérêt. On peut s'en faire une idée par le soin qu'eût Balthasar Timée de classer à part, dans son sixième livre, les cas

de maladies des enfants qu'il avait observés dans sa pratique de 36 ans, et par la lecture des *Opera medico-practica*, de l'archiâtre de l'électeur de Brandebourg, qui parurent à Leipzig, en 1677.

Le livre d'Ettmüller, sur les maladies des enfants, est un des plus complets de ceux que je vous ai cités, dit M. Chrestien à ses auditeurs. C'est dans le seul ouvrage d'Ettmüller, que j'ai vu figurer Joel, auteur hongrois du seizième siècle, parmi les auteurs de traités spéciaux sur les maladies des enfants.

Parmi les auteurs des seizième et dix-septième siècles qui ont contribué aux progrès de l'étude des maladies de l'enfance, l'orateur n'a mentionné le nom de Harris de Glocester, que pour établir entre ses ouvrages et sa réputation une comparaison défavorable.

Au dix-huitième siècle, le grand Boërhaave, dans la rédaction de ses aphorismes, groupe tous ceux qui se rapportent aux maladies des enfants. Plus nombreux que ceux d'Hippocrate et commentés par Van-Swieten, un médecin, nommé Paul, les traduit en français, et en 1759, ils sont publiés sous le titre de *Traité des maladies des enfants*. Déjà, en 1723, Théodore Zvinger, médecin des cours de Wurtemberg, avait publié, sur les maladies des enfants, un gros volume intitulé pompeusement *Pœdojatreja*. Ce livre n'a pas été traduit en latin, probablment, dit le professeur, parce qu'il est surchargé d'une matière médicale diffuse, et de formules pharmaceutiques surannées. Bientôt parurent les traités de Rosen et d'Underwood, qui eurent pour traducteur commun, Lefebvre de Villeburne. Underwood eut un second traducteur, le docteur Eusèbe de Sales, de Montpellier, qui l'enrichit des notes de M. Jadelot, où l'on trouve, exposée dans un discours préliminaire, la séméiologie physiognomonique de ce célèbre praticien. Amstrong était tombé dans un injuste oubli; Lefebvre de Villeburne le réhabilite en enrichissant sa traduction d'Underwood d'une foule de notes que lui fournit l'habile médecin de l'hôpital des pauvres enfants de Londres. A l'exemple de Coschwitz, disciple de Stalhl, qui publia, en 1793, dans un même livre, un *Traité de la grossesse*, un *Traité d'accouchements* et un *Traité des maladies des nouveau-nés*, la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'obstétricie, ont ajouté à

leur sujet principal une espèce d'appendice où ils traitent superficiellement de la médecine des nouveau-nés. Gardien et Capuron y ont consacré un volume entier.

Girtanner, à la fin du siècle dernier, publia un *Traité des maladies des enfants* que le docteur Combes Brassard place au-dessus des livres de Rosen, d'Underwood et d'Hamilton. Ce jugement me paraît suspect, dit le professeur, par cela seul que je vois sur la même ligne que l'auteur suédois et le chirurgien de Londres, Hamilton qui est aussi loin de Rosen et d'Underwood que ceux-ci sont loin de Chambon, l'un des meilleurs que je connaisse, ajoute le professeur. On le voit, le discours de M. le docteur Chrestien n'est pas une simple énumération, c'est une appréciation générale des auteurs qu'il mentionne.

Il ne se borne pas à apprécier les anciens, il juge les contemporains eux-mêmes. Il blâme et il loue avec la même impartialité. Il reproche au docteur Combes Brassard d'avoir commis la faute contre laquelle cet auteur lui-même s'élève dans son livre intitulé : *l'Ami des mères*, de n'avoir pas gardé dans ce livre, adressé aux gens du monde, un silence prudent sur les méthodes curatives. Il le loue d'avoir, le premier, porté la lumière de l'anatomie pathologique dans l'étude des maladies de l'enfance où Morgagni avait tant désiré la voir pénétrer.

Bientôt les *Recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques*, publiées en 1826, par M. Denis, et le *Traité des maladies des enfants nouveau-nés* que Billard publia quelques années après, démontrèrent que les esprits étaient presque exclusivement préoccupés de l'étude des lésions anatomiques; de plus, la méthode antiphlogistique, dit le médecin de Montpellier, eut une part trop large dans la thérapeutique de ces maladies ; c'est, dit-il, ce que prouva l'apparition du traité de M. Berton, en 1827, pour compléter celui de Billard. M. le docteur Valleix ne se laissa point entraîner par cette tendance dans sa *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, traduite à Berlin par le docteur Drechsler, il a mené de front l'étude des lésions cadavériques et celle des symptômes. M. Richard de Nancy, dans son *Traité pratique des maladies des enfants*, publié en 1839, partant du point de vue physiologique le plus général, étudie l'influence puissante de l'hérédité, l'action énergique de l'orga-

nisme maternel, les lois de formation du jeune être; et il rend compte ainsi des différences notables qui se présentent dans les maladies des enfants.

A la suite de cette énumération où l'on remarque une érudition acquise en vue de la pratique et qui en porte le cachet, l'auteur obligé par son discours, d'ajourner l'appréciation des mémoires épars et des monographies, rappelle cependant le nom de Rollin pour les beaux fragments qu'il nous a laissés, et celui de Baumes, professeur de la faculté de Montpellier, dont les divers travaux sur les maladies des enfants font tant regretter qu'il n'ait pas publié un traité complet sur cette matière, comme il l'avait annoncé. Il proclame le nom des jeunes observateurs de nos jours les plus connus dans cette partie de la science, MM. Becquerel, Rillet et Barthez, Taupin. Entre autres noms tant anciens que contemporains que nous regrettons de ne pas voir ici figurer, nous citerons les noms de MM. Guersant, Baron, Baudelocque, Blache, Trousseau. A côté de leurs élèves, les maîtres brillent par leur absence.

Sans parler de tous les auteurs qui ont écrit plus ou moins savamment sur l'hygiène des enfants : Carault sur l'hygiène de la première enfance; Lerebourg, Rose de Lepinoy et autres sur l'allaitement; Ballexserd, Leroy (A.), Cerise, Ratier, Delacoux, Froissent, Millot, Pretat, Sinibaldi, etc., sur l'hygiène des enfants en général; Bollet et autres, sur la manière de les conduire; Fourcroy, sur la manière d'élever les enfants selon l'ordre de la nature; Besnard, sur les périls auxquels sont exposés les enfants; Simon, sur l'hygiène de la jeunesse; Bureaud-Riofrey, sur l'hygiène des femmes avant le mariage. Nous rappellerons ici les noms des auteurs qui ont écrit spécialement sur les maladies des enfants; c'est dans ces auteurs que nous aurons à puiser, sans négliger les autres sources, pour donner toute l'extension possible à la revue rétrospective : David de Rouen qui a écrit sur la nutrition et l'accroissement; Duchamp, sur les maladies de la croissance; Guibert, Desruelles, Marcus, Double, Troussel, Vieussens, Vanner, Émangard, Royer-Collard et autres, sur le croup, la coqueluche, etc. ; Clarion, Comez, Véron, sur divers sujets; Charpentier, Senn, sur la méningite; Brachet, sur les convulsions et autres sujets; Lullier, sur l'épilepsie chez les en-

fants; Bréra, Olombel et autres, sur les maladies vermineuses; Bousquet et beaucoup d'autres, sur la vaccine; Sablairolles, sur les organes digestifs, et Terreux, sur les maladies de poitrine chez les enfants; Magny, Maisonabe, Levacher, Andry, J. Guérin, Bouvier, Duval, Tavernier et autres qui ont écrit sur les maladies de la colonne vertébrale et sur les difformités; Lugol, sur la scrofule; Bertin, Huguier, sur la syphilis chez les enfants; Roux et tous les auteurs qui ont écrit ou dont nous avons recueilli les leçons, sur les fièvres éruptives, celles entre autres que professa, il y a 3 ans, M. Baron père, à l'école auxiliaire de médecine; Piorry, sur l'irritation encéphalique des enfants; Henke, Lebreton, Nicolas, sur les maladies des enfants nouveau-nés; d'autres enfin qui ont beaucoup écrit sur les maladies considérées chez les enfants; Wite, Buchan, Cullen, Stoll, Frank, Huffeland (macrobiotique ou l'art de prolonger la vie de l'homme par l'éducation physique des enfants), Brouzet, Bosquillon, Tissot, Gautier, Caillou, Munings, Bret, Yorg, Clarke, Évanson, Desessart, Chasseloup, Dewes, Kenke, Vendt, Meissner, Shwilgué, Condad, Rose, Bricheteau, Bretonneau, Labarre, Richter, Rufz, Constant, Vernois, Delaberge et Monneret, Ledieberder, Dugast, Fauvel, H. Roger, Baron fils.

Pour énoncer les travaux qui ont paru depuis quelques années dans les revues médicales, nous citerons encore : M. Piet, *Recherches sur la méningite, hydrocéphale aiguë des enfants et en particulier sur la méningite granuleuse et tuberculeuse.* Matuszynsky, *Mémoire sur les nouveau-nés;* M Landais du Poiré, *Pneumonie des enfants;* le docteur Gervais, *Pneumonie bilieuse chez les enfants;* le docteur Trop en Allemagne, le docteur Mongommery en Irlande et récemment le docteur Rognetta : *Recherches sur les maladies du thymus;* M. Lélut, sur le muguet; le docteur Smyth et le docteur Fischer de Berlin et autres, sur l'auscultation de la tête chez les jeunes enfants; le docteur Kyll, *Mémoire sur le spasme de la glotte chez les enfants;* le docteur Green, *Recherches sur la méningite tuberculeuse des enfants et sur l'hydrocéphale aiguë;* le docteur Grantham, *Maladies dépendant du défaut d'ossification du crâne;* le docteur Dezeimeris, *Recherches sur l'encéphalocèle et l'hydroencéphalocèle congenitales;* MM. Kylh, Hugh, Lie, Koop

et autres, *Spasme de la glotte symptomatique;* le docteur Nélaton, *bercule des os* (thèse); M. Ashwell de Londres, *Considérations sur la chlorose et ses complications avant l'apparition des règles;* le docteur Engelmann, *Traitement de l'hydrocéphale chronique;* Kopp, *Asthme thymique;* le docteur Graetzer, *Maladies du fœtus;* le docteur Alex. Petzholdt, *Varioles, pustules varioliques considérées dans les organes intérieurs.*

Gazette médicale : *Recherches pour servir à l'histoire de la perforation des intestins par les vers ascarides et des tumeurs vermineuses abdominales.*

Le docteur Travers Blackley, *Diagnostic du croup et de la laryngite aiguë ulcéreuse* (Archives, année 1838); M. Wagstaffe, *Hematocèle, céphalœmatome; Fragments de clinique des enfants malades* à la Maternité de Marseille, par M. Villeneuve; le docteur Helin de Mulheim, *Ramollissement de l'estomac chez les enfants;* le docteur Hort de Cologne, *Hydrocéphale aiguë des enfants, diagnostic et traitement.*

Enfin, dans un ordre d'études tout-à-fait à part, nous citerons M. le docteur Donné, dont les recherches analytiques et microscopiques ont imprimé à la partie de l'hygiène des enfants, la plus voisine de la médecine proprement dite, un caractère scientifique qu'elle n'avait pas. La science doit plus à un grand nombre des praticiens et des observateurs que je viens de citer, qu'à beaucoup d'auteurs de traités complets.

Le professeur de Montpellier, presque en finissant, a bien voulu mentionner *la Clinique des hôpitaux des enfants*, comme une création heureuse et utile.

Après avoir annoncé à ses élèves les diverses parties qui feront le sujet de son enseignement, le professeur leur a fait entendre le langage de la bonne conscience et du vrai mérite: « Si l'aveu de mes revers et de mes fautes, a-t-il dit, peut vous en faire éviter de semblables, je croirai avoir ainsi réparé mes torts involontaires et être vraiment utile à l'humanité.

Docteur VANIER.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MÉDICALE.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.

Observations de méningite cérébro-spinale (myélite), communiquées par MM. JADELOT, chef de service et DURAND, interne. — Inflammation des méninges du cerveau et de la moelle (myélite.) Mort.

Malmes, âgée de 14 ans, est admise à l'Hôpital-des-Enfants, le 16 juin 1841. Elle est bien constituée, non encore réglée. Elle n'a jamais eu de convulsions. Placée en apprentissage depuis plusieurs mois, elle montrait beaucoup d'intelligence, était laborieuse et d'un caractère très doux. L'invasion de la maladie date de cinq semaines; elle a été précédée de peu d'instants par une frayeur et une contrariété très vives. Huit jours auparavant, une jeune sœur de notre malade avait éprouvé les premières atteintes de la même affection. M...., après quelques minutes de malaise, de douleurs vagues, d'inquiétude, fut prise d'un violent frisson qui dura plus d'une heure. Pendant huit jours, elle fut en proie à une agitation extrême, à un délire continuel. Vers le troisième ou le quatrième jour, il se manifesta de la raideur dans le cou. En même temps la malade accusait fréquemment, et par des cris aigus, des douleurs dans le dos, les lombes, les membres inférieurs. Une saignée générale fut pratiquée; des sangsues furent appliquées derrière les oreilles, sur la région lombaire. Les troubles de l'intelligence et de la sensibilité se calmèrent peu à peu; il resta alors à l'enfant un renversement déjà très marqué de la tête, des crampes, des fourmillements momentanés, une grande faiblesse des membres inférieurs. Depuis dix à douze jours, l'excrétion des matières fécales et de l'urine est involontaire.

17 *juin*. La face est pâle; les pommettes sont très saillantes; la tête est fortement renversée en arrière; la région occipitale se trouve presque en contact avec la partie supérieure du dos. Sur la convexité de la courbure cervicale, le cartilage thyroïde fait une saillie très prononcée, les veines jugulaires se dessinent dans tout leur trajet et les battements des carotides s'aperçoivent distinctement. Sur les côtés, les muscles sterno-mastoïdiens, contractés et tendus, se détachent nettement et offrent beaucoup

de dureté et de résistance. Les tentatives, faites pour vaincre cette rigidité tétanique des muscles, soulèvent tout le corps, sans redresser d'une ligne l'arc cervical. La mâchoire inférieure a subi une légère propulsion ; le menton est allongé, la lèvre inférieure un peu avancée. La malade se tient constamment dans le décubitus latéral, les cuisses fortement fléchies sur le bassin. La colonne vertébrale présente à un moindre degré, dans ses régions dorsale et lombaire, le renversement porté si loin à sa partie supérieure. — La sensibilité est intacte. — Les mouvements des membres supérieurs sont conservés ; ils laissent remarquer une sorte d'indécision, et, par instants, s'accompagnent d'un tremblement véritable. Les membres inférieurs peuvent se mouvoir dans le lit, mais sont trop faibles pour supporter le poids du corps. — La malade se plaint d'une douleur continue dans le cou et dans le dos ; une pression modérée sur les apophyses épineuses exalte très notablement cette sensibilité. — L'intelligence est à peine affaiblie ; les réponses sont bonnes ; la prononciation est embarrassée, la parole un peu tremblante. —La déglutition se fait bien ; l'appétit est conservé. L'émission de l'urine et la défécation sont involontaires. — La chaleur est naturelle, le pouls est peu développé, sans résistance, à 90.

Prescription. — 12 sangsues à la nuque. —Bain. — Frictions avec l'éther acétique. — Sinapismes. — Chiendent et réglisse avec nitre 0,050.

18 *juin.* La malade est dans le même état. Elle conserve difficilement, pendant quelques minutes, la même position dans le lit et demande à tout instant à être retournée. Au moindre mouvement qu'on lui imprime, elle crie et accuse une vive souffrance dans le cou, le dos, les lombes. (*Id.* Bain frais.—Potages.)

19. Il semble qu'il y ait un peu moins de tension et de raideur des muscles ; hier et cette nuit la malade a été tranquille. Il existe un peu de diarrhée. (*Id.*)

20. Le bain frais, pris ce matin, a déterminé un abaissement de température considérable, qui existe encore après plus d'une heure. La peau est froide, violacée ; le pouls est très petit, très faible. La réaction, aidée par les frictions stimulantes, se développe avec beaucoup de difficulté et de lenteur. (*Id.* quatre escarres, par la potasse caustique, sur les côtés de l'épine dorsale).

21. Hier et cette nuit, les jambes, les cuisses, le bassin ont été le siége de douleurs très vives, alternant avec de l'engourdissement. Ce matin, l'exaltation de la sensibilité est telle, que le simple contact fait pousser des cris à la malade. Autant qu'on en peut juger par les réponses de la jeune fille, il y a tantôt des irradiations douloureuses instantanées, tantôt des sensations moins vives, mais plus profondes et plus fixes, qui ont leurs paroxysmes et leurs rémissions. Le faciès exprime l'anxiété et la souffrance. (Même prescription. Douche de vapeur sur la colonne vertébrale. — Cataplasmes laudanisés....)

Pendant les quinze jours qui suivent, la contracture offre des variations légères dans son degré d'énergie. Il y a des instants où la rigidité musculaire fléchit sensiblement sous une tentative modérée, où la courbure de la région cervicale semble tendre au redressement; puis ce phénomène dominant de la maladie reprend toute son intensité primitive. Les membres inférieurs sont le siége de douleurs, d'engourdissements temporaires, qui alternent, ou existent simultanément en divers points, qui se dissipent et reparaissent à intervalles irréguliers. La sensibilité tactile est partout conservée; l'intelligence s'affaiblit graduellement; la maigreur et la faiblesse sont extrêmes; la diarrhée augmente; il y a toujours incontinence de l'urine et des matières fécales. (Chiendent nitré. — Extrait aq. d'opium 0,05. — Frictions avec l'éther acétique, avec le liniment opiacé. — Sinapismes. — Quelques douches de vapeur sur la colonne spinale...)

8 *juillet.* La contracture des muscles du cou et le renversement de la tête sont portés au plus haut degré; le menton fait une saillie considérable; toute expression d'intelligence a disparu. Les membres inférieurs se meuvent encore un peu; les jambes sont dans une demi-flexion permanente sur les cuisses; la rétraction des tendons, qui produit cet état, augmente à certains instants. On a pu remarquer plusieurs fois que la flexion devient momentanément plus forte sous l'influence d'une véritable contracture aiguë. Ce dernier phénomène paraît avoir coïncidé en général avec l'apparition subite ou l'exacerbation des douleurs, et avoir obéi à la même stimulation du centre nerveux rachidien. Les membres supérieurs ont conservé le mouvement; les tendons des doigts sont agités de petits spasmes et de soubresauts continuels. — La chaleur est à peine normale; le pouls

est faible, très gêrle, a 110. L'articulation des mots est confuse, inintelligible. La malade est presque toujours assoupie; la douleur seule semble pouvoir l'arracher de temps en temps à cet état. Les pupilles sont naturelles, contractiles. — La muqueuse de la bouche et de la langue offre quelques petites exsudations pseudo-membraneuses, semblables à celles du muguet. (Déc. bl.. — Catap. safran. — Lav. amid. — Sinap. — Frictions.)

13 *juillet.* Toute la muqueuse linguale et buccale est tapissée d'une éruption pseudo-membraneuse, pointillée et confluente; la déglutition est difficile; on observe dans les muscles de la mâchoire des contractions spasmodiques qui produisent un peu de tremblement, et par instants une légère constriction. L'assoupissement est continuel, plus profond. (*Id.* — Infus. de rac. valériane. — Frictions avec l'huile saturée de camphre...)

Les jours suivants, la déglutition devient impossible; la constriction des mâchoires est plus difficile à vaincre. Les bras seuls se meuvent encore. La flexion des jambes sur les cuisses, et la rétraction des tendons des jarrets sont plus considérables. Si on pince fortement la peau, la malade manifeste encore de la douleur. Les membres inférieurs sont immobiles. L'intelligence paraît tout à fait abolie. Immobilité des côtes; respiration abdominale. (Cataplasme. — Sirop d'éther. — Huile camphrée.)

18 *juillet.* — Coma profond. — Pouls à peine sensible. — Soubresauts des tendons. — Le renversement de la colonne reste le même. Au toucher, les carotides primitives font éprouver une sorte de tremblement ondulatoire très faible. — Insensibilité générale. — Mort dans la journée.

Autopsie. — Aucune raideur des muscles du cou. Le renversement de la colonne n'existe pas sur le cadavre; la rétraction des tendons fléchisseurs des jambes persiste.

Méninges. — Cerveau. — Le feuillet viscéral de l'arachnoïde a quelque chose de légèrement poisseux. Sur la convexité des hémisphères, la pie-mère est injectée, et dans quelques points, surtout au fond des circonvolutions, épaissie et très adhérente. A la base, l'espace sous-arachnoïdien, qui répond au plancher du troisième ventricule, est comblé par un dépôt d'apparence gélatineuse, jaune-verdâtre, épais, consistant, et qu'on ne peut enlever sans entraîner la substance cérébrale sous-jacente. Une infiltration de même nature existe à la base de la protubérance,

se contourne en anneau en longeant les pédoncules, et, arrivée à la partie supérieure de l'isthme, tapisse l'espace occupé par les tubercules quadri-jumeaux, et se porte de là sur le vermis supérieur du cervelet. Les ventricules contiennent peu de liquide. Les deux substances du cerveau sont notablement ramollies. Cette diminution de consistance est surtout remarquable à la protubérance. Le lobe médian du cervelet est réduit en une véritable bouillie.

Bulbe rachidien. — La pie-mère y est infiltrée d'une matière puriforme, d'un blanc laiteux, demi-concrète. La couche médullaire superficielle est complétement diffluente, et s'écoule pour ainsi dire, quand on enlève la pie-mère, de manière à laisser à peine trace des saillies pyramidales et olivaires. Dans toute la profondeur du bulbe, le ramollissement est considérable, sans être porté jusqu'à la diffluence.

Moelle. — (Dans les tentatives faites pour son extraction, la partie inférieure de la moelle a été très endommagée. Le tiers supérieur, à peu près, a été seul l'objet d'un examen assez exact et assez sûr, pour que le résultat en soit consigné ici.) Quand les membranes sont ouvertes, il s'écoule une quantité considérable de liquide sous-arachnoïdien rosé. La membrane propre est partout très injectée, recouverte çà et là de plaques pseudo-membraneuses jaunâtres. Elle est infiltrée dans quelques points d'un liquide puriforme, laiteux, de même nature que celui que nous avons noté au bulbe. Ces lésions se remarquent également sur les deux faces de la moelle. Le névrilême incisé, on trouve la pulpe nerveuse tout à fait diffluente. Le ramollissement existe au même degré sur les deux faces et dans toute l'épaisseur du cordon médullaire. La substance grise se reconnaît à peine à de petits tractus rosés.

Les *poumons* sont sains. Les cavités du *cœur* renferment quelques caillots noirs, sans consistance. L'*estomac* et l'*intestin grêle* n'offrent que des arborisations sans importance. Dans quelques points la muqueuse du gros intestin paraît avoir plus d'épaisseur et est très ramollie.

Rien à noter dans les autres organes.

La jeune sœur, dont nous avons déjà parlé, vient de succomber à la même maladie, dans le service de M. Jadelot. Le début de l'affection, les symptômes, les accidents ont été les mêmes, et

en tracer l'histoire, ce serait reproduire à peu près l'observation précédente. Voici les principales différences :

1° La marche a été plus chronique. La maladie a duré un mois de plus que chez la sœur aînée.

2° Les douleurs paraissent avoir été moindres ; elles se sont exprimées beaucoup moins vivement.

3° Quelques heures avant la mort, la malade pouvait encore exécuter quelques mouvements, et la sensibilité était à peine affaiblie. Les phénomènes de rigidité et de contracture ont du reste été exactement les mêmes.

4° Jusqu'à la fin, l'intelligence s'est conservée. L'assoupissement s'est montré plus tard, et n'a été profond que dans les derniers instants.

Autopsie. — La pie-mère est injectée. — Les ventricules contiennent une assez grande quantité de liquide. — Macération et diffluence des parties du cerveau qui forment les parois ventriculaires. — Un peu de ramollissement de la substance grise.

La méningite n'existe pas à la base du cerveau ; elle commence au *bulbe*. La pie-mère est épaissie, infiltrée de pus ; le ramollissement est moindre que dans le cas précédent. — Dans tout le trajet de la moelle et sur ces deux faces, on trouve sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, au milieu d'un liquide abondant, des fausses membranes très minces qui n'adhèrent que faiblement au névrilème. Celui-ci est épaissi, injecté à sa surface ; il offre dans plusieurs points de petits dépôts d'un pus liquide, emprisonné dans une sorte de lacis vasculaire et filamenteux. — La substance médullaire offre un peu de piqueté ; elle est ramollie, mais moins que chez la sœur aînée. — Deux ganglions nerveux inter-vertébraux de la région dorsale offrent, à la coupe, l'aspect et la consistance d'une dégénérescence tuberculeuse commençante. Cela toute fois n'a pas paru d'une complète évidence. — Un ganglion bronchique tuberculeux.

Remarques. — 1° La jeune sœur tombe malade la première ; huit jours après, des accidents tout à fait semblables éclatent chez la sœur aînée. L'invasion est marquée par un violent frisson initial et ne diffère en rien chez les deux malades ; l'acuité des symptômes est exactement la même et cède après le même nombre de jours, pour laisser prendre à l'affection une marche chronique. Déterminer la nature de la relation étiologique qui unit

ces faits serait difficile; mais cette relation existe, et il est impossible de la nier.

2° Les perturbations violentes de l'intelligence, de la sensibilité, du mouvement, qui ont marqué l'invasion de la maladie, permettent d'établir que l'inflammation a envahi tout à coup et simultanément les enveloppes du cerveau et de la moelle.

3° On ne peut déduire de ces deux faits aucune conséquence qui infirme ou confirme la doctrine des attributions spéciales, dévolues aux cordons antérieurs et postérieurs de la moelle.

Méningite spinale. — Guérison. (Service de M. JADELOT.)

Soulier, âgée de 11 ans, bien constituée, est depuis peu de temps à Paris avec sa famille. Tous les matins, dès trois heures, elle accompagnait sa mère au marché aux légumes. Elle fut prise tout à coup de douleurs dans les reins, d'engourdissements, de crampes des membres inférieurs. Quelques heures après l'apparition des premiers accidents, il y avait déjà paraplégie presque complète. Cet état durait depuis 4 jours, lorsque la jeune fille fut transportée à l'Hôpital-des-Enfants.

28 *juillet.* — Face très animée, vultueuse; peau chaude et moite; pouls plein, vibrant. — Les membres supérieurs, le tronc conservent le mouvement et la sensibilité; les membres inférieurs sont paralysés; il n'y a cependant pas résolution complète. On sent que les muscles, obéissant à la volonté de la malade éprouvent un commencement de contraction; mais toutes les tentatives sont infructueuses, et ne peuvent faire abandonner aux pieds le plan sur lequel ils reposent. La malade ne peut prendre, ni conserver dans son lit l'attitude assise. La région lombaire de la colonne est le siége d'une douleur fixe qui a des exacerbations et des rémissions, et s'irradie sur les parois du bassin. La sensibilité de la peau est très obtuse aux cuisses et aux jambes; il faut pincer fortement la malade pour déterminer de la douleur. Il y a, depuis le début, incontinence de l'urine et des matières fécales (saignée de trois palettes le matin. — Le soir, 8 ventouses scarifiées sur la région lombaire. — Grand bain. — Cataplasme laudanisé sur la colonne vertébrale. — Sinapisme aux pieds. — Chiendent nitré).

L'effet de la saignée et des ventouses a été immédiat, et on ne peut plus heureux. Le lendemain matin, 29 juillet, il existe à

peine de la douleur, très peu de fièvre, le sentiment est moins émoussé aux membres inférieurs. (Nouvelle application de ventouses, *id.*)

Dès le quatrième jour du traitement, la fièvre a disparu; l'état général est excellent; les jambes peuvent se mouvoir et se soulever un peu dans le lit; la sensibilité cutanée est rétablie dans toute son intégrité.

L'amélioration se soutient et fait des progrès les jours suivants. Il ne reste bientôt plus que de la faiblesse et un peu d'engourdissement. La douleur s'est complétement dissipée. (Bains de vapeur. — Frictions sur la colonne spinale avec l'éther cantharidé). Ce n'est qu'au bout de 9 à 10 jours que les urines et la défécation ont cessé d'être involontaires.

20 *août.* — La jeune fille se lève et peut marcher seule dans la salle; les mouvements, encore faibles, deviennent chaque jour plus assurés. (Bains frais. — Bains sulfureux. — Frictions cantharidées). On peut espérer que bientôt la guérison sera parfaite.

M. Jadelot a pensé tout d'abord qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une méningite spinale, heureusement peu étendue, avec simple compression de la moelle, près de sa terminaison. La nature des accidents, leur acuité, la rapidité des résultats obtenus par les évacuations sanguines, le prompt rétablissement de la sensibilité et du mouvement paraissent justifier de tout point ce diagnostic. Sous tous les rapports que nous venons d'indiquer, ce fait est rare et présente un véritable intérêt.

Je mentionnerai, en peu de mots, un dernier cas, observé dans les salles de M. Jadelot. Une petite fille de 6 ans, de constitution scrofuleuse, était traitée, depuis longtemps, pour un écoulement purulent, très fétide de l'oreille droite. Tout à coup il y a suppression presque complète de cet écoulement; l'enfant s'agite, porte continuellement les mains à sa tête, a 2 ou 3 vomissements, tombe dans le coma et succombe aux accidents d'une méningite cérébrale. Aucun symptôme n'a appelé l'attention sur la moelle. *Autopsie.* La pie-mère, qui revêt la base du cerveau, les scissures de sylvius, la protubérance, le bulbe, est infiltrée de pus et presque décollée par le travail inflammatoire. La pie-mère rachidienne, dans toute son étendue est enveloppée d'une couche épaisse de pus demi-concret, qui n'adhère que légèrement à la surface du névrilême. La moelle n'a subi aucun ramollissement.

— Il y a carie du rocher, sans communication morbide, avec l'intérieur de la cavité cranienne.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS.

Enfants nouveau-nés et à la mamelle. — Études préliminaires; par le docteur VANIER.

Avant de commencer l'histoire des faits particuliers de la clinique des nouveau-nés, il est nécessaire de fixer le sens de certaines expressions qui seront souvent employées et d'établir, soit la réalité, soit la valeur de certains phénomènes appelés à éclairer le diagnostic des maladies chez les enfants de cet âge.

Dans ce travail préparatoire, nous ne nommerons pas les maladies dans lesquelles ont lieu certains phénomènes dont nous parlerons. Nous n'eussions pu le faire que d'une manière vague et confuse, à l'exemple de quelques auteurs; nous éviterons ces généralisations indécises, décousues, qui ne laissent dans l'esprit que des notions imparfaites, nous proposant de généraliser ultérieurement ces données, d'une manière positive et complète.

Notre intention n'est autre que d'entrer dans quelques généralités dont le but est de faire connaître le langage spécial qui va s'établir dans cette revue, comme il s'est introduit dans la science.

On s'occupe, depuis quelque temps, de la clinique de l'Hôpital-des-Enfants Malades, on néglige celle des Enfants Trouvés. Cependant la médecine des enfants est d'autant plus difficile que ceux-ci sont plus jeunes. C'est que plus un sujet est difficile, moins on l'aborde volontiers. Aussi, j'espère que le lecteur me saura gré d'entreprendre ce travail.

Avant d'arriver aux faits particuliers de la pathologie de la première enfance, nous avons à esquisser une sorte de *pathologie générale* de cet âge. Dans ce travail nous avons un double but à atteindre : préparer le lecteur aux études cliniques des maladies des nouveau-nés et chercher à établir la meilleure méthode pour interroger ces enfants.

Que n'a-t- on pas dit sur la manière d'examiner les adultes! Quant à l'examen des enfants malades, rien, avant qu'eût paru la clinique des maladies des nouveau-nés par M. le docteur Valleix.

Nous établirons des préceptes; nous les exposerons avec tous les détails que comporte une matière aussi délicate. Ici tout est

minutieux, il faut donc que tout soit dit avec quelque étendue. Les détails de la pratique, si promptement qu'ils s'exécutent, sont toujours longs à décrire. Or, la médecine pratique des enfants ne se fait bien que par une foule de précautions dont la négligence peut conduire à un diagnostic erroné. Nous serons donc nécessairement minutieux.

Nous nous occuperons des moyens d'expression par lesquels les enfants font connaître leurs souffrances, et des moyens que le praticien doit employer pour les apprécier.

Nos propres observations seront contrôlées par celles de M. le docteur Valleix, et par celle de Billard, qui nous serviront de guides. Nous obtiendrons ainsi d'extrait de la *clinique des maladies des enfants nouveau-nés* et du *traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, ce que ces livres contiennent de pratique.

Ce que le médecin doit chercher à connaître d'abord, c'est la constitution générale du malade.

C'est vers trois mois environ que commencent à se manifester, dit Billard, les diverses nuances de coloration particulière à chaque constitution, et l'on peut alors distinquer les uns des autres les enfants bruns ou blonds. La peau du tronc devient blanche ou brune. Le visage est pâle ou coloré. Les traits propres à chaque constitution se dessinent. Souvent avant cet âge, et même à la naissance, la couleur des cheveux est déjà très prononcée. Il ne s'agit jusqu'ici que des constitutions naturelles.

Les auteurs jusqu'à présent se sont peu occupés des constitutions organiques dégénérées chez les enfants très jeunes. Comme eux je dirai qu'en général ces constitutions chez ces enfants ne comportent pas des distinctions et des descriptions autres que celles qui conviennent aux adultes. Toutefois, il ne sera pas inutile de nous occuper de ces constitutions chez les enfants. On a vu des recherches qui paraissaient d'abord ne devoir conduire qu'à des résultats négatifs, devenir fécondes en indications pratiques. En attendant que l'observation produise des résultats positifs sur la question qui nous occupe, je dirai ce que j'ai remarqué chez les sujets de la première enfance. Comme on le verra plus tard, la constitution rachitique n'est pas sans influence sur la marche de certaines affections. C'est donc une étude utile que celle qui a en vue de chercher quels sont à

cet âge, les caractères auxquels on pourra reconnaître cette constitution.

Le rachitisme, dans la première enfance, n'existe souvent qu'à l'état de prédisposition. Quels sont les caractères auxquels on pourra reconnaître cette constitution pour ainsi dire latente? En général les enfants qui sont dans cet état ont les sourcils noirs, les yeux bleus, les cheveux noirs, quelquefois roux, la peau brune. Les enfants affectés de rachitisme thoracique, ont un timbre de voix qui est tout à fait différent de celui que l'on observe chez les autres enfants. Ce timbre, plus ou moins prononcé, selon que la constitution rachitique est plus ou moins avancée, est analogue, relativement à l'âge, à celui qui distingue l'organe des adultes affectés de gibbosité ou de déformation considérable du thorax.

En étudiant avec attention les constitutions chez les enfants, on distinguera la constitution précédente de la constitution scrofuleuse qui présente les caractères suivants: Les enfants de cette constitution ont ordinairement les cheveux roux; mais leur teint est d'un blanc mat, d'un blanc bleuâtre, les veines se dessinent sous la peau. Ils ont un aspect huileux, œdémateux; on les dirait atteints d'une légère infiltration générale. Ces enfants sont toujours de mauvaise humeur; ils pleurent pour la moindre cause; jamais ils ne rient, pas même aux plus agréables provocations, ils refusent de marcher. Ils mangent beaucoup. Souvent ils repoussent les friandises que les autres enfants préfèrent, et ils se jettent avidement sur un morceau de pain. Un caractère qui les distingue des enfants rachitiques, c'est que si on les soulève, en les prenant par dessous les bras, on sent, en cherchant à ne les soutenir que faiblement, que, malgré la mollesse de leurs tissus, ils se soutiennent d'eux-mêmes, les muscles agissent; que s'ils vous prennent le doigt, vous sentez qu'ils le serrent avec une certaine force. Tels sont les enfants prédisposés à la constitution scrofuleuse, ceux qui sont prédisposés à la constitution rachitique glissent entre vos deux mains, faute de soutien du côté des jambes; leurs bras incapables de les soutenir en prenant vos mains pour appui, s'élèvent mollement au-dessus de leur tête de chaque côté, tandis que leur corps coule et s'affaisse. Présentez-leur votre doigt, ils n'auront pas la force de le serrer. Tels sont les caractères par lesquels on pourra distin-

guer ces deux constitutions dans la première enfance où elles ne se caractérisent point encore par les traits qui, plus tard, leur donneront une physionomie si différente.

Il est évident que ces considérations ne s'appliquent qu'aux enfants qui déjà ont plusieurs mois au moins.

Il s'agira toujours pour nous, dans ce travail, d'enfants à la mamelle; mais parmi ceux-ci, nous ferons une classe à part des enfants nouveau-nés, c'est-à-dire des enfants de moins d'un mois, chez lesquels la cicatrice ombilicale n'est pas complète, et qui présentent encore quelques-uns des accidents qui suivent la naissance, tels que l'ictère des nouveau-nés, l'érythême, etc.

A ce que nous venons de dire sur ces constitutions chez les petits enfants, ajoutons quelques mots sur la faiblesse de naissance. Cette faiblesse se traduit par un état extérieur qui est toujours à peu près le même quant à sa forme, mais dont les degrês varient : membres grêles, respiration difficile, cri pénible, impossibilité de conserver les boissons ingérées, quelquefois débilité extrême, étiolement extraordinaire, membres décharnés, excavation profonde des yeux, face cadavérique. Les causes de cet état de l'économie sont très variables. Il peut être l'effet de lésions organiques diverses comme il peut exister, sans que l'on rencontre aucune espèce de lésion. *La faiblesse des enfants nouveau-nés* n'est donc pas toujours simplement le résultat de l'évolution imparfaite. Il faut, pour le traitement de cet état de l'organisme, en apprécier la véritable cause, puisqu'il peut n'être qu'une faiblesse apparente.

S'il est des fonctions qui, chez les adultes, doivent être interrogées avant que des manœuvres multipliées soient venues les troubler, à plus forte raison doit-il en être ainsi chez les enfants. Nous adopterons donc, à titre de précepte rigoureux, la méthode proposée par M. Valleix, méthode qui consiste à examiner l'enfant pendant qu'il est calme (premier temps de l'examen), et pendant qu'il est dans l'agitation (deuxième temps). Il est évident que certaines fonctions doivent être interrogées pendant que l'enfant est calme; examinées dans le trouble et l'agitation, elles induiraient en erreur. Les recherches qui doivent être faites pendant le sommeil de l'enfant doivent porter sur la coloration, l'expression et les mouvements spontanés de la face; le pouls, les battements du cœur, le nombre des inspirations. A l'état

d'agitation, on constatera les douleurs déterminées par les diverses manœuvres mises en usage pour le diagnostic, l'état de la bouche, l'état de la poitrine, le cri provoqué. (Valleix.)

Examen de l'enfant pendant le calme.

Coloration. — Après sa naissance, l'enfant a le visage d'un rouge foncé, un peu violacé. Cette coloration diminue du troisième au huitième jour. Billard refuse d'attribuer cette coloration au lavage de l'enfant avec de l'eau tiède, parce qu'il arrive que cette coloration ait lieu avant que l'enfant ait été lavé. Je crois que cette coloration doit être attribuée à l'influence des agents extérieurs sur les téguments qui ne sont pas habitués à leur action; ainsi, indépendamment du lavage, je citerai l'impression de l'air et les frottements exercés par les mains de l'accoucheur et des personnes chargées de soigner l'enfant; enfin, l'action des vêtements. La coloration du nouveau-né reconnaîtrait donc pour causes, les mêmes accidents qui provoquent les premiers cris. Cette coloration est remplacée par une teinte jaunâtre qui ne gagne qu'en dernier lieu les pommettes. C'est par la disposition lente de la stase sanguine que, dans ces derniers temps, l'on a voulu expliquer la formation de l'ictère des nouveau-nés. Plus tard, on remarque une teinte rosée générale de la face, un peu plus intense aux pommettes.

Si la coloration rouge foncé persiste au delà de huit jours, ou si, dès les deux ou trois premiers jours, elle est remplacée par une couleur jaune générale, on devra soupçonner une affection et se livrer à un examen minutieux. Nous reviendrons sur cette circonstance à propos des maladies dans lesquelles on l'observe.

La pâleur étant un des phénomènes les plus remarquables dans les maladies graves autres que l'œdème du tissu cellulaire, nous en parlerons quand il s'agira des maladies où elle existe. Nous étudierons les nuances de coloration qui ne sont pas à négliger, comme le dit Billard, dans l'étude des maladies des enfants.

Expression de la face. — Le visage d'un nouveau-né, quand il ne souffre pas, est sans expression. Ceci n'est vrai que de l'enfant nouveau-né, et ne s'applique pas à l'enfant à la mamelle. Je dirai même que, souvent déjà à l'âge d'un mois, l'enfant, par cela même qu'il est bien portant et que ses fonctions s'exécutent

régulièrement, exprime, par l'épanouissement de ses traits, cet état de bien être, expression qui ne cesse que pour être remplacée par une expression de malaise ou de souffrance, lorsqu'il éprouve le besoin de téter ou que quelqu'une de ses fonctions s'exécute mal. L'épanouissement dont je parle est l'état de la face intermédiaire entre la rétraction des traits, expression de la douleur, et leur dilatation qui constitue le rire, expression du plaisir. L'immobilité des traits de la face constitue un état intermédiaire entre cet épanouissement et la contraction douloureuse ; cet état d'immobilité est l'état habituel de la face des enfants de l'Hospice-des-Enfants-Trouvés, lorsqu'ils ne souffrent pas de maladies aiguës. C'est que, même alors que ces enfants ne souffrent pas de douleurs, ils ne se trouvent pas dans un état de satisfaction générale ; leur nourriture est souvent mauvaise, insuffisante. A l'époque où j'étais attaché au service de M. Baron, à l'Hospice-des-Enfants-Trouvés, M. le docteur Donné se livra à l'examen microscopique du lait que nous eûmes ainsi souvent l'occasion de voir sous le champ du microscope. En général, les nourrices ne fournissent à ces enfants qu'une petite quantité de lait, et le peu qu'elles sécrètent est pauvre en globules. Ce lait contient beaucoup plus de matières muqueuses que le lait des autres nourrices. Aussi est-il insuffisant.

Ce que je viens de dire de l'influence d'une mauvaise alimentation, sur l'expression de la face des enfants-trouvés, est appuyé sur l'observation directe, et j'ai eu l'occasion d'observer, même dans cet hospice, l'influence d'une bonne alimentation. Pendant quelque temps, il se trouva dans les salles une femme qui réunissait toutes les conditions exigées d'une nourrice accomplie ; deux enfants lui furent donnés successivement à allaiter. Ces deux nourrissons avaient une physionomie toute autre que celles des enfants confiés aux autres nourrices. Il en est de même des enfants que les sœurs ou que les infirmières affectionnent et dont elles prennent plus de soin que des autres. En un mot, si dans les hospices et dans les classes pauvres, la physionomie des petits enfants est généralement sans expression ; en ville, dans les familles où l'on prévient tous leurs désirs, elle est généralement épanouie.

Lorsque la face de l'enfant nouveau-né est immobile et sans expression, la bouche est fermée et aucune ride ne se montre entre les sourcils.

Dès qu'il y a douleur, des changements surviennent qui, par leur continuité ou leur intermittence, indiquent que les douleurs elles-mêmes sont intermittentes ou continues. Dans les affections aiguës, il y a contraction des traits de la face, de nombreuses rides au front où souvent se forment de gros plis; rapprochement des sourcils, que de nombreux sillons coupent perpendiculairement; commissures des lèvres tirées en dehors; en un mot, face gripée. A une époque très avancée des maladies, la contraction des traits du visage est permanente et donne aux enfants l'apparence de petits vieillards, ce qui tient à la forme des arcades dentaires privées de dents aux deux extrémités de la vie.

M. Valleix a vainement cherché à saisir sur la face des enfants qu'il a observés, les traits indiqués par M. Jadelot comme des signes propres aux affections des cavités principales; il a vu la même expression pour toutes les souffrances, expression que Billard a comparée à celle qui accompagne les cris. M. Valleix a pu noter le trait oculo-zygomatique, le trait nasal, le naso-labial, mais il ne les a considérés que comme des rides résultant de l'émaciation. Il les a observés dans les cas pathologiques les plus divers. Le traducteur d'Underwood, M. Eusèbe Desalles, dans son Discours préliminaire (p. 45), dit que cette absence des signes physiognomoniques, chez les enfants nouveau-nés, tient à ce que le visage ne présente alors qu'une masse informe sur laquelle on ne distingue rien d'arrêté. M. Valleix répond que la maladie imprime bientôt son cachet sur cette masse informe, et lui donne une expression vive et animée. Cette animation de la figure du nouveau-né serait le seul caractère saisissable comme indice général de l'existence d'une maladie. D'après Billard, le *faciès douloureux* de l'enfant nouveau-né, comme celui des adultes en proie à des douleurs violentes, consiste en ce que la lèvre supérieure se ride et se soulève à demi; des rides verticales et horizontales se dessinent à la racine du nez et s'étendent au front; les paupières se rapprochent, et des rides nombreuses se forment à l'angle externe de l'œil ou se dessinent circulairement à la peau dans la direction du muscle orbiculaire des paupières.

Il n'y aurait donc qu'une même expression physiognomonique de la douleur, quel que soit la partie de l'organisme en souffrance. Nous ne laisserons point la théorie de M. Jadelot

passer ainsi condamnation. Cette théorie ayant un but pratique, nous la soumettrons au contrôle de l'observation clinique des maladies des très jeunes enfants, et nous laisserons là-dessus parler les faits.

Toute modification de la physionomie, qui sera une nuance plus ou moins prononcée du *faciès douloureux*, sera un signe de maladie plus ou moins avancée.

Cri spontané des enfants. — Le cri séméilogique peut se produire dans trois circonstances :

1° Lorsqu'on le provoque, en augmentant une douleur ; 2° lorsque la douleur l'excite d'elle-même ; dans les deux cas, c'est le cri de douleur, dans le second, c'est le cri spontané. La troisième circonstance est celle où les cris de l'enfant sont provoqués par certaines manœuvres, indépendamment de toute douleur.

Il faut s'assurer dans le premier temps de l'examen si le cri existe, c'est-à-dire chercher à savoir s'il existe sans qu'il ait été provoqué.

Billard a divisé le cri des enfants, en cri proprement dit et reprise. Le cri proprement dit est poussé pendant l'expiration ; la reprise a lieu pendant l'inspiration. La reprise dont le son varie depuis le bruit d'un vent de soufflet, jusqu'au chant aigu d'un jeune coq (Billard), devient de plus en plus sensible à mesure que l'enfant s'éloigne de la naissance.

Billard dit que la reprise est nulle chez les enfants faibles, quoique bien portants. Je l'ai vue manquer même chez des enfants forts.

Le cri peut être nul, des mouvements de la face, de la tête et des bras annonçant de la part de l'enfant des efforts inutiles pour crier.

Le cri n'étant autre que l'inspiration et l'expiration devenus sonores, l'enfant, pendant qu'il crie, exécute des mouvements de la face et du tronc que détermine l'acte respiratoire quand il devient pénible ; aussi présente-t-il alors une physionomie particulière, agitée, qui se substitue à la physionomie reposée que nous avons décrite : rougeur de la face, mouvement d'inspiration forcée, bouche entr'ouverte, langue agitée quelquefois d'un léger mouvement convulsif, dilatation des narines, paupières gonflées, fermées ; plusieurs rides verticales à la racine du nez, d'autres au front où elles se croisent dans tous les sens. Chacun

de ces traits augmente, ou diminue ou s'efface à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration.

Les *Causes* des premiers cris de l'enfant nouveau-né sont les nouvelles impressions qu'il subit tout à coup dans les premiers moments de la vie extra-utérine.

Lorsque ces cris sont soutenus, sonores et faciles, l'enfant doit être considéré comme vigoureux : c'est l'indice d'une respiration régulière. Les enfants si bien constitués qu'ils paraissent, lorsqu'ils crient difficilement, respirent péniblement, et périssent en général asphyxiés ou apoplectiques.

Plus tard, les cris ont pour cause la douleur, causée elle-même soit par les langes dont on enveloppe l'enfant, soit par le besoin de nourriture, soit par l'existence de quelque affection.

Variétés des cris des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. — M. Valleix, établit les variétés suivantes : 1° Altérations de l'*intensité* : de même que l'agitation, le cri va diminuant d'intensité à mesure que la maladie marche vers sa fin. 2° Altération de la forme. — *Cri incomplet* : une seule partie du cri se fait entendre. Vers la fin de la maladie, la reprise n'existe plus. Ce cri inspiratoire peut se faire entendre seul, le cri expiratoire étant étouffé. C'est elle seule qu'on entend lorsqu'un enfant, par souvenir d'une douleur ou d'une peine récente, laisse échapper ces sanglots entrecoupés que les mères appellent de *gros chagrins*, et qui leur font dire que leur enfant a le *cœur gros*.

Cri pénible. — Le cri peut être pénible, les deux parties du cri continuant de se faire entendre. La finale du cri est alors peu soutenue et mourante. Il y a d'ailleurs expression douloureuse de la physionomie. On aura ainsi l'indice d'une affection grave quelconque.

Cri étouffé — Le cri inspiratoire et le cri expiratoire sont remplacés par un double bruit de soufflet, auquel se mêle par intervalle un filet de voix. (Valleix.) Les causes de l'étouffement du cri sont certaines maladies des organes respiratoires, et l'agonie des enfants réduits par la maladie à une extrême faiblesse. 3° Altération du timbre.

Le timbre des deux cris expiratoire et inspiratoire peut éprouver des modifications importantes.

Cri aigu. — Le cri aigu est ordinairement produit par la reprise devenue dominante et plus ou moins bruyante ; souvent

entrecoupée et saccadée, tandis que le cri est remplacé par un bruit de soufflet; c'est le bruit comparé au chant du jeune coq, c'est la voix croupale, qui se produit, d'une manière plus ou moins caractérisée, dans plusieurs maladies des voies aériennes. En général, l'irritation des amygdales ou du larynx, rend la reprise plus aiguë. Il faut être prévenu, que cette modification du cri, si alarmante chez les enfants, est quelquefois le résultat de cris prolongés qui ont fatigué les organes de la phonation de telle façon que le cri cesse de se faire entendre, tandis que la reprise devient aiguë. Ce cri imite bien le chant du coq; mais il est facile à distinguer de la voix croupale.

Il est une modification du timbre que l'on a appelée *hydrencéphalique*. C'est le cri aigu que poussent par intervalles les enfants affectés d'hydrocéphale.

Cri grave. — Le cri grave et ferme ne fournit aucun indice.

Cri voilé. — Ce cri a lieu dans les affections catarrales.

Cri chevrotant. — La reprise se fait plus entendre que le cri avec ce timbre particulier. (Billard.) (Angine œdémateuse.)

4° Altération de la durée, *cri précipité.* Une douleur violente et subite, accélérant le mouvement de la respiration, le cri devient rapide et se répète trois ou quatre fois avant que la reprise ait lieu. Certaines affections abdominales douloureuses déterminent cette altération du cri.

Cri singultueux. — Ce cri a de l'analogie avec le cri croupal, mais alors le cri expiratoire n'est pas remplacé par un bruit de soufflet. Comme lui, il consiste en une altération du timbre de la reprise. Il s'observe, surtout dans l'angine suffocante, névrose des principaux organes de l'appareil respiratoire. (Billard.)

Les altérations du cri proprement dit indiquent plutôt une affection des poumons et des bronches; celles de la reprise, plutôt une affection du larynx et de la trachée-artère. Si l'expérience confirme cette règle, dit Billard, on conviendra que la distinction des diverses parties qui composent le cri n'est pas frivole.

Les enfants phthisiques et ceux dont la cavité thoracique rétrécie comprime les organes, ont un cri qui leur est particulier. Ce cri est guttural, saccadé, sec et court. Un timbre analogue existe dans la voix des enfants, chez lesquels les voies respira-

toires sont comprimées par des ganglions bronchiques hypertrophiés (1).

Des mouvements. — Les mouvements spontanés intermittents, soit de la tête, soit des membres annoncent une agitation passagère; ils coïncident avec les contractions des traits de la face, et leur intermittence est isochrône à l'expression douloureuse de la physionomie.

L'enfant peut s'agiter sans crier, soit parce que sa voix est éteinte, soit parce que la fatigue suspend ses cris prolongés; mais, en général, les mouvements n'existent guère que conjointement avec les cris.

L'enfant exécute-t-il des mouvements différents selon l'espèce de douleurs qu'il éprouve, selon que telle ou telle partie est en souffrance? C'est ce que nous chercherons à déterminer par les faits fournis à notre observation.

Des larmes. — Les enfants nouveau-nés ne versent que très rarement des larmes, pendant qu'ils crient. Chez les enfants plus âgés, la sécrétion des larmes, de même que celle des mucosités nasales, peut servir le pronostic. Leur retour chez les enfants malades, après qu'elles avaient cessé de couler, est toujours d'un heureux augure.

La douleur chez les enfants se traduit donc par le cri de la douleur que l'on reconnaît à sa force, à sa fréquence, à son opiniâtreté; elle se traduit par l'expression de la physionomie, par l'état général de l'enfant : pâleur, dépérissement, dégoût et refus du sein; enfin, symptômes et signes d'une maladie dans une partie du corps.

Du pouls. — Quelles sont les difficultés que l'on rencontre dans l'exploration du pouls chez les enfants nouveau-nés? Quelquefois les pulsations sont tellement précipitées que l'on peut n'en compter qu'une là où il y en a deux. Quelquefois, il est des battements qui glissent imperceptiblement sous le doigt, de sorte qu'ils échappent à l'attention. Quelquefois, l'artère vibre deux fois sous le doigt; c'est une pulsation qui se divise (pouls dicrote), et l'on compte deux battements là où il n'y en a qu'un.

Ces difficultés que Billard a mentionnées, nous les avons

---

(1) Nous aurons occasion de faire connaître à nos lecteurs le résultat des observations de M. Becquerel sur cette affection.

nous-mêmes souvent rencontrées. Il faut donc savoir prendre les précautions nécessaires pour compter avec exactitude les battements du pouls. C'est, de toute nécessité, pendant l'état de calme que le pouls doit être exploré. Pendant l'état de veille, l'enfant s'agite, cherche à débarrasser son bras de la main de l'observateur; les tendons des muscles de l'avant-bras font saillie, et l'on ne peut plus trouver l'artère.

Mais comment faire pour ne pas interrompre le calme de l'enfant pendant lequel on veut explorer le pouls? Faire prendre à l'enfant le sein de la nourrice; lui faire sucer un linge imbibé de lait, ou simplement le doigt; ce sont des moyens qui réussissent quelquefois, mais qui échouent le plus souvent. D'ailleurs les mouvements de succion précipitent la respiration, et par suite influent sur la circulation. Le meilleur moyen est de faire toucher doucement la main de l'enfant par la nourrice. Cette sensation familière à l'enfant masquera celle que pourrait produire le médecin, en faisant arriver, si doucement qu'il le fasse et comme le conseille M. Valleix, l'extrémité de son doigt sur l'artère radiale. Si l'enfant fait quelques mouvements, le médecin doit les suivre sans les contrarier. Le sommeil ainsi n'étant pas interrompu, on peut compter le pouls, si petit qu'il soit. Si l'on n'a pas réussi et que l'enfant s'agite, toute persistance serait inutile, il faut ajourner cette exploration, car alors les pulsations sont tellement précipitées et si confuses qu'on ne peut les compter.

Billard lui-même, procédant à cet examen, éprouvait tant de difficulté à saisir l'artère que très souvent il était obligé de suppléer à ce moyen d'exploration, en observant et en comptant les mouvements du cœur, à l'aide du stéthoscope ou de la main.

Le pouls n'est pas le même à toutes les époques de l'enfance; il faut donc établir des catégories d'âge.

Nombre de pulsations chez le nouveau-né.

D'après Floyer.	134.
D'après Haller.	140.
D'après Sœmmering	130.

Les ouvrages sur les maladies des enfants avant Billard, ne parlent ni des caractères, ni de la fréquence du pouls. On a donc absolument négligé cette source d'indication séméiologique.

Billard a trouvé sur 40 enfants de 1 à 10 jours, à l'état sain,

depuis 80 et même au-dessous, jusqu'à 180 pulsations, une pareille différence ne peut tenir qu'à sa manière vicieuse d'explorer, dit M. Valleix, qui accuse Billard de n'avoir probablement pas tenu compte de quelque maladie peu prononcée. Mais Billard a prévenu l'objection en disant: «Je puis assurer que ces enfants ne présentaient aucun symptôme de maladie.»

J'ai moi-même rencontré des enfants parfaitement bien portants, dont le pouls présentait un nombre considérable de pulsations. Ces cas sont exceptionnels et ne doivent point concourir à la formation de la moyenne. En pareil cas, la moyenne doit être le résultat non pas des chiffres *minimum* et *maximum* absolus; mais bien d'un chiffre minimum et d'un chiffre maximum composés d'un groupe de chiffres rapprochés et relativement fréquents, aux deux extrémités de la série. Ainsi, Billard ayant trouvé la série suivante chez les enfants naissants:

18 fois	80 pulsations.
2 —	86
1 —	89
4 —	100
10 —	110 à 125
1 —	130
2 —	145
2 —	150
1 —	180
Total 41.	

Il est évident que les chiffres 180, 150 et même 145, qui ont contre eux le double inconvénient de ne se rencontrer qu'une ou deux fois sur 40 et de dépasser beaucoup la limite ordinaire, sont exceptionnels. Concourant à la formation de la moyenne, ils l'élèveraient en proportion de leur propre élévation, et en même temps il la rendraient défectueuse en proportion de leur rareté. En excluant ces chiffres trop élevés, les nombres trouvés par Billard donneront pour moyenne le chiffre 90.

Billard conclut de ses relevés, que très souvent, le pouls chez l'enfant naissant n'est guère plus fréquent que chez l'adulte, mais qu'il acquiert de la fréquence à mesure que le sujet avance en âge. D'où il conclut qu'on a tort de dire d'une manière générale que, chez les enfants, le pouls est plus fréquent que chez l'adulte.

M. Valleix a trouvé sur 13 enfants, de 2 à 21 jours, examinés avec toutes les conditions de la plus rigoureuse exactitude, depuis 76 jusqu'à 104 pulsations, moyenne 87. Toutes les fois, dit-il, qu'il y a des signes d'état fébrile autres que ceux qu'on tire du trouble de la circulation, comme l'agitation vive, l'augmentation de la chaleur, j'ai trouvé un nombre de pulsations supérieur au *maximum* indiqué. Il admet comme moyenne à l'état normal, 87 pulsations avec une certaine latitude au-dessus et au-dessous. Il ne considère comme pouls accéléré que celui qui présente 116 pulsations ou davantage.

Par ses observations, M. Valleix a constaté qu'à 7 mois, le pouls est beaucoup plus fréquent que quelques jours après la naissance, et qu'il va ensuite en diminuant jusqu'à l'âge de 6 ans. Il conclut que le pouls, chez les enfants, ne présente pas une fréquence aussi variable que les auteurs et surtout Billard l'ont dit.

La moyenne trouvée par M. Valleix, chez les enfants de 11 mois (âge moyen), s'élève à 129.

Le résultat des recherches de M. Valleix, est que l'on peut constater l'accélération et le ralentissement du pouls, et donner à cet élément de diagnostic chez les nouveau-nés, une valeur que ne lui accordaient pas les auteurs et notamment Billard, qui n'admettait pas de réaction chez l'enfant naissant.

M. Jacquemier a trouvé chez 51 enfants examinés immédiatement après leur naissance: maxim. 156; minim. 97, moyenne 126.

M. Trousseau, chez 11 enfants de 15 à 30 jours (1):

Garçons.		Filles.
Maximum 152	—	. . . . . . Maximum 152.
Minimum 96	—	. . . . . . Minimum 120.
Moyenne 127	—	. . . . . . Moyenne 135.

Sur 10 enfants de 1 à 3 mois :

Garçons.		Filles.
Maximum 156	—	. . . . . . Maximum 136
Minimum 136	—	. . . . . . Minimum 108
Moyenne 140	—	. . . . . . Moyenne 124

(1) Les observations de M. Trousseau ont été faites tant pendant la veille que pendant le sommeil des enfants.

Sur 28 enfants de 3 mois à 1 an :

Garçons.		Fille.
Maximum 140	—	...... Maximum 144
Minimum 100	—	...... Minimum 112
Moyenne 116	—	...... Moyenne 125

Sur 5 enfants de plus d'un an :

Garçons.

Maximum 120 ; — Minimum 92 ; — Moyenne 106.

En attendant que, par de nombreuses observations, le lecteur se soit fait avec nous une expérience personnelle, résumons l'état actuel de la science à cet égard.

Il résulte des tableaux précédents que, dans la seconde quinzaine de la vie, le pouls est plus fréquent que dans la première.

Depuis le quinzième jour jusqu'à la fin du troisième mois, même nombre de pulsations.

De 3 mois à 1 an, la moyenne commence à baisser.

Ainsi, pour arriver aux résultats pratiques chez les enfants, dans les 2 premières semaines de la vie, le pouls varie :

Suivant Billard, de................ 80 à 150.
Suivant M. Valleix, de............. 76 à 104.
Suivant M. Trousseau, de............ 78 à 150.

Et d'après les recherches de M. Trousseau :

Dans la deuxième moitié du premier mois. de 120 à 164.
De 1 à 2 mois .... de 96 à 132.
De 2 à 6 mois .... de 100 à 162.
De 6 mois à 1 an.................. de 100 à 160.
De 1 an à 21 mois .... de 96 à 140.

En réduisant toutes ces périodes à deux seulement, on trouve, pour les enfants de 15 jours à 6 mois :

Pendant la veille .... 140.
Pendant le sommeil.................... 121.

Pour les enfants de 6 à 21 mois :

Pendant la veille .... 128.
Pendant le sommeil.................... 112.

Chez les filles, après les 2 premiers mois, le pouls est un peu plus fréquent que chez les garçons, de 10 à 15 pulsations. M. Valleix dit que le sexe n'influe nullement sur la fréquence du pouls.

La fréquence du pouls, à moins qu'elle ne soit extrême, ne peut pas faire juger de l'état fébrile de l'enfant qu'on voit pour la première fois. L'état normal du pouls d'un enfant étant connu, l'exagération des battements fournira un signe précieux.

La différence entre les chiffres trouvés par M. Valleix, qui n'a expérimenté que pendant le calme, et ceux trouvés par Billard et M. Trousseau, qui ont fait leurs recherches surtout pendant la veille, indique assez la nécessité de constater l'état du pouls pendant le sommeil, et par suite la nécessité de prendre comme terme de comparaison les chiffres obtenus par M. Valleix: de 76 à 104. Si donc, chez un enfant endormi, le pouls est à 140, alors on devra soupçonner un état fébrile.

Pour juger des autres modifications que le pouls peut subir chez le nouveau-né, il faut savoir qu'à l'état naturel, à cette époque de l'enfance, le pouls est très mou et très facile à déprimer; que la pulsation glisse sous le doigt plutôt qu'elle ne le frappe. Dans le fort de la fièvre, le pouls devient plein et dur; à la fin des maladies, il se concentre en même temps qu'il se ralentit. Souvent, il est petit, filiforme, facile à déprimer, il n'est pas toujours isochrône aux battements du cœur; ce qui peut tenir à la manière dont on déprime l'artère, qui alors se retire sous le doigt, et fait disparaître la pulsation. Les pulsations sont souvent irrégulières, saccadées, ce qui tient sans doute, dit Billard, à l'irrégularité avec laquelle les organes de la circulation exécutent leurs fonctions. A la fin de toutes les affections, le pouls devient moins fréquent qu'à l'état naturel, et, dans un certain nombre de cas, il n'est plus senti 1 ou 2 jours avant la mort.

Battements du cœur. — Par l'application de la main, les battements du cœur sont toujours plus faciles à trouver que ceux du pouls, mais cette application réveille l'enfant, le nombre des pulsations augmente et déroute l'observateur. C'est par ce moyen que M. le docteur Jacquemier est parvenu à établir les chiffres que nous avons mentionnés. M. Valleix fait observer qu'ils ont beaucoup d'analogie avec ceux de Billard, ce qui devait être, les expériences ayant été faites dans des conditions à peu près semblables. C'est à tort, selon nous, que M. le docteur Jacquemier, prétend qu'on ne peut compter les battements de la radiale chez les nouveau-nés; mais cela témoigne de la difficulté et de la nécessité qu'il y a de s'exercer à cette exploration.

Si les battements du cœur doivent être explorés, ce n'est point pour apprécier leur fréquence, mais bien le degré de leur force, pour s'assurer s'ils sont irréguliers.

M. Lediberder a trouvé dans la première minute, sur 6 enfants, depuis 72 doubles battements jusqu'à 94. Ces battements ne tardaient pas à s'accélérer et après la troisième ou quatrième minute, il a trouvé, sur 16 enfants, depuis 140 doubles battements jusqu'à 208 et jusqu'à tel nombre qu'ils ne pouvaient plus être comptés.

Inspirations.—On peut toujours, pendant le sommeil, compter les inspirations chez les nouveau-nés. Il n'est guère possible de le faire dans un autre temps. Chez les très jeunes enfants, on distingue difficilement la dilatation des narines, mais souvent chez les enfants, on entend les inspirations qui se font bruyamment par le nez.

Ici se termine la série des phénomènes dont l'examen doit être fait pendant l'état de calme des enfants.

Dans le cas où l'on pourra faire cet examen avec régularité, il deviendra pour l'observateur, comme le fait remarquer M. Valleix, un bon moyen de noter le degré d'excitabilité des petits malades. En effet, ou bien, malgré toutes les précautions, cet examen silencieux, suffit pour réveiller l'enfant qu'on examine, ou bien il ne détermine que quelques mouvements, ou bien il ne fait aucune impression. On aura donc ainsi le degré d'excitabilité du malade. Nous verrons quel parti le pronostic peut tirer de ces circonstances. Nous compléterons ce travail par l'examen de l'enfant pendant qu'il s'agite.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Application de la myotomie au strabisme et au nystagmus, chez les enfants ; par M. MANZINI, docteur-médecin de la Faculté de Paris, membre de la société médicale d'émulation.

Parmi les auteurs qui ont écrit sur la section des muscles de l'œil, aucun ne s'est exclusivement limité à examiner l'utilité que présente cette opération chez les enfants. Toutefois, les

écrits ne sont pas entièrement restés silencieux sur ce sujet, et dans quelques-uns on trouve même des préceptes positifs sur la question qui nous occupe. Hâtons-nous de le dire, la strabotomie a généralement été proscrite pour les enfants, attendu que bien souvent, dit-on, le strabisme cesse chez eux par le progrès de l'âge. M. le professeur Mojon, au sein de la Société médicale d'émulation, s'est élevé un des premiers contre l'opération du strabisme pratiquée chez les enfants, et contre l'abus scandaleux que l'on en fit à certaine époque : sa voix, entendue par d'autres praticiens non moins éclairés, a été suivie des mêmes murmures ; et bientôt quelques chirurgiens renoncèrent à pratiquer l'opération chez les trop jeunes sujets.

Cette question est pourtant loin d'être entièrement éclaircie : il est bien notoire que le strabisme ne cesse pas toujours avec le progrès de l'âge et à conditions égales ; l'opération une fois pratiquée, nous croyons que ses effets doivent présenter plus de chances de stabilité chez les enfants. A côté de cet avantage qui nous paraît incontestable, d'autres considérations non moins importantes viennent se placer. Ainsi, les désordres qu'entraîne du côté de la fonction optique de l'œil la déviation de l'organe, céderont d'autant plus vite après l'opération, qu'ils auront persisté pendant moins de temps, et l'œil redressé acquerra d'autant plus promptement le libre et plein exercice de ses fonctions. Chez beaucoup d'adultes, nous avons vu l'œil redressé, persister bien plus longtemps dans son état de myopie ou d'amaurose incomplète que chez les enfants. M. Gimelle nous a dit avoir fait une autre remarque encore plus curieuse ; et selon cet honorable confrère, ce serait un fait général, commun à tous les strabiques opérés ; savoir, que l'œil délouché ne jouit de la faculté de bien voir les objets, qu'autant qu'il reprend la fausse direction qu'il affectait avant l'opération : en un mot, par le fait de l'opération, il y aurait, selon M. Gimelle, simplement rectification de la direction anormale de l'axe de l'œil, mais non de la fonction. C'est là un mécompte bien grave sans doute : mais nous croyons, contrairement à l'opinion de M. Gimelle, que, dans la généralité des cas au moins, un tel état de choses doit cesser par le fait d'une nouvelle éducation de l'œil et de la substitution de nouvelles habitudes aux anciennes. Aujourd'hui on ne peut plus conserver aucun doute à cet égard. Au demeu-

rant, nous devons dire n'avoir pas remarqué chez les enfants le fait observé par M. Gimelle.

Voici même quelques faits qui démontrent que l'observation faite par ce praticien distingué, est un fait qui est loin d'être général. Hortense Jemard, petite fille de 9 ans, affectée d'un strabisme convergent gauche, a été opérée à l'Hôpital-des-Enfants, le 18 février dernier, par M. Guersant fils, d'après le procédé de M. Phillips. La petite fille ne pouvait pas lire avant l'opération : celle-ci a été facile, et l'œil a pris immédiatement sa rectitude normale. Aussitôt après elle aperçoit les lignes, les jours suivants les grosses lettres, tout en conservant à l'œil délouché la rectitude acquise et son parallélisme avec l'œil droit. Cet état de choses se maintient par la suite, la fonction visuelle se perfectionne tous les jours davantage, et la petite fille sort de l'hôpital, le 18 mars, dans un parfait état.

Delphine Geoffroy, âgée de 14 ans, est affectée d'un strabisme convergent droit congénial, avec affaiblissement de la vue de ce même côté. Redressement immédiat par l'opération qui est pratiquée par M. Guersant fils, le 21 mars dernier. Le 23, elle voit déjà mieux de l'œil délouché, qui fonctionne en même temps que l'autre, et tout en conservant avec lui le parallélisme normal : mais la vue est double. Le 4 avril, la jeune fille a cessé entièrement de voir double, l'œil conserve la rectitude acquise ; mais la faculté visuelle y est plus faible qu'à gauche. Le 18 avril, l'œil opéré a recouvré beaucoup de force : le 6 juin il voit aussi bien que l'autre, et conserve avec lui une parfaite harmonie d'action.

Louise Thierry, âgée de 16 ans, a été opérée par M. Guersant fils, le 4 avril dernier, d'un strabisme convergent gauche, avec faiblesse de la vue de ce même côté. L'œil est parfaitement redressé. La vision n'est pas double et s'exerce dans la direction nouvellement acquise à l'œil. Le 26 avril, la jeune fille voit beaucoup mieux qu'avant l'opération, et n'est pas obligée de porter l'œil dans la direction vicieuse qu'il affectait avant l'opération, pour bien apercevoir les objets.

Ces faits, que nous pourrions accompagner de beaucoup d'autres, démontrent suffisamment que l'observation de M. Gimelle est loin d'être générale, et qu'il doit être bien rare que les sujets opérés de strabisme soient obligés de donner à l'œil délouché

son ancienne direction vicieuse, pour jouir de la faculté de bien distinguer les objets.

Ainsi, quoique l'opinion se soit généralement montrée contraire à l'opération du strabisme chez les enfants, il faut reconnaître cependant que beaucoup de vague règne encore dans cette question, qui ne cessera, bien entendu, qu'alors que l'on aura nettement délimité les cas où il faut absolument s'abstenir d'opérer. Un de ces cas, par exemple, est celui où le strabisme n'est point permanent : ce serait une folie, en effet, que de songer alors à l'opération. Il nous semble qu'à côté de ce cas, il faut ranger ceux où le strabisme est accidentel et de date récente; car ces deux circonstances autorisent à espérer sa cessation spontanée. M. Guersant fils a vu trois jeunes personnes strabiques autant que possible à l'âge de 10 ou 11 ans, et qui, à 15 ou 16 ans, l'étaient beaucoup moins : les strabismes étaient accidentels. Quand, par contre, le strabisme est congénial, n'est-il pas évident que les probabilités de le voir cesser lui-même sont moins nombreuses?

Une des circonstances qui n'a peut-être pas peu contribué à faire rejeter l'opération du strabisme chez les enfants, c'est la difficulté de plus qui émerge de l'indocilité du sujet. Ce fait a déjà été signalé et nous ne nous y arrêterons pas. Nous nous contenterons de dire que, pour vaincre cette indocilité, la douceur n'est pas le meilleur moyen. M. Phillips avait coutume d'avoir recours à l'intimidation, et ce système, nous l'avons vu mieux réussir que le langage doux des autres opérateurs.

L'application de la myotomie au nystagmus, ou chorée de l'œil, appartient à M. Phillips; ce praticien habile a pratiqué plusieurs fois cette opération avec succès, une fois entre autres, en notre présence. Il s'agit dans ce cas d'opérer la section des muscles de l'œil, pour faire cesser le balancement choréique dont il est affecté. Le nystagmus, est une affection aussi peu connue dans sa nature, que la danse de saint Guy elle-même. Est-il susceptible de cesser par l'âge? On fait depuis trop peu de temps attention à cette affection, pour avoir noté si elle est commune chez les adultes. Parmi les enfants, nous l'avons observé, 1° avec strabisme; 2° sans strabisme; 3° chez les Albinos.

Le nystagmus trouble la vue et empêche de voir les objets

nettement dessinés : de là, la nécessité de le faire cesser. La direction dans laquelle les oscillations se font, sont variées : tantôt l'œil est balancé de gauche à droite par des mouvements très brusques, saccadés et plus ou moins rapprochés les uns des autres; l'oscillation est aussi forte en dedans qu'en dehors. M. Phillips a observé que, dans ce cas, la vue est rarement affaiblie, et l'on en acquiert la preuve en faisant regarder le malade à travers des verres de formes variées : l'usage des verres et des lunettes n'améliore pas cet état : cette vue est troublée par le mouvement brusque, qui met obstacle à ce que l'œil saisisse et isole bien l'objet qu'il veut voir.

Dans quelques cas, ainsi que le fait remarquer le praticien habile que nous venons de citer, l'oscillation n'est réellement une incommodité que lorsque le sujet regarde en dedans ou en dehors. Alors, dans une de ces deux positions, le muscle contracté agit par secousses, et imprime à l'œil des mouvements saccadés; ainsi, dans cette variété, l'œil est balancé, soit en dedans, soit en dehors, selon que le sujet regarde de l'un ou de l'autre côté, mais jamais l'oscillation ne dépasse la ligne centrale de l'orbite. Dans ces cas, de même que dans les précédents, la vue n'est modifiée que par le mouvement du globe de l'œil.

Une troisième variété du nystagmus, qui ne s'accompagne pas de strabisme, est celle dans laquelle le globe oculaire reste fixe dans le centre de l'ouverture des paupières et tourne sur son axe avec une très grande rapidité. M. Phillips compare ce mouvement à celui qui est déterminé par l'élasticité du ressort à spirale des montres, et dit que ces mouvements de quart de rotation sont produits le plus ordinairement par l'un des deux muscles obliques, et rarement par ces deux muscles réunis.

Dans le balancement choréique de l'œil, les deux yeux sont également agités, sans prédominance de l'un des deux : une chose bien remarquable, c'est que l'oscillation augmente lorsque l'on ferme l'un des deux yeux.

Généralement on améliore cet état, dit M. Phillips, ou l'on guérit entièrement cette difformité par la section des muscles. Aussitôt que les muscles sont coupés, le tremblement oscillatoire cesse entièrement, et il renaît deux ou trois jours après l'opé-

ration ; il est alors beaucoup moins fort, et insensiblement il diminue pour disparaître tout-à-fait.

La nature de l'opération qu'il convient de pratiquer pour remédier au nystagmus, est indiquée par la nature même de celui-ci. Lorsque le mouvement spasmodique se fait latéralement, dit M. Phillips, il faut couper les muscles droit interne et droit externe ; et lorsque l'oscillation a lieu autour de l'axe en rotation, il faut alors couper le tendon du grand oblique. Nous empruntons les faits suivants au même praticien.

Celler aîné, âgé de 13 ans, avait un tremblement convulsif des deux yeux, dont la direction était de droite à gauche et bien horizontalement.

La vue était courte, il ne lisait qu'à une distance de quelques pouces. Avec un verre n° 6, il lit à une grande distance.

Ce tremblement date de sa naissance.

J'ai coupé le muscle droit interne et le muscle externe. Cette opération a été faite le 4 mai. Le résultat immédiat a été une légère diminution de ce tremblement.

Le 6 mai, l'amélioration était plus grande.

Le 13 mai, il y a peu de changement.

Le 20 mai, il n'y a plus d'oscillation, excepté lorsqu'on couvre un œil.

Le 27 mai, le tremblement convulsif a entièrement cessé. Il ne peut pas lire les enseignes sans le secours des lunettes, mais avec le verre n° 6, il lit parfaitement bien et à des distances éloignées.

Voici un cas dans lequel le nystagmus se compliquait de strabisme interne de l'œil gauche.

Auguste Ausbrion, âgé de 10 ans, est venu au monde avec un strabisme interne de l'œil gauche, et un tremblement convulsif des deux yeux.

Ce mouvement oscillatoire cesse lorsque cet enfant regarde vaguement ; mais il reparaît aussitôt qu'il fixe un objet. Il cligne sans cesse les paupières lorsqu'il veut lire de l'œil louche, et ne reconnaît pas les grands caractères, par exemple, le titre du journal : *Gazette des Hôpitaux*. L'oscillation devient plus forte lorsque l'on ferme un œil.

Le 22 avril, j'ai coupé le muscle droit interne de l'œil gauche, et l'œil a été bien redressé. L'adduction était incomplète, aussi-

tôt après l'opération, et les oscillations étaient de beaucoup diminuées.

Le 29 avril, l'adduction était encore incomplète, l'oscillation était très faible, même lorsque l'on fermait un œil.

Le 6 mai, l'œil opéré était un peu convergent; j'ai opéré ce même jour l'œil droit; les muscles droit interne et droit externe furent coupés; immédiatement après ces sections, l'oscillation a un peu diminué.

Le 13 mai, le tremblement a reparu sur l'œil gauche, surtout lorsque cet enfant regardait en dedans.

Le 23 mai, l'œil gauche avait repris une position parfaitement droite, et cet œil voyait des caractères plus petits que ceux du grand titre dont j'ai parlé; l'adduction se fait complétement. Cet opéré dit pouvoir regarder des deux yeux, il cligne rarement les yeux, et le tremblement convulsif est très faible aujourd'hui, 27 mai.

Ce dernier fait tendrait à démontrer que la section d'un seul des deux muscles droits, suffit pour améliorer, sinon pour faire cesser le nystagmus qui vient compliquer le strabisme ; remarquons toutefois que, quinze jours après la section du muscle droit interne de l'œil louche, le tremblement convulsif avait reparu quoique à un moindre degré : la pratique la plus assurée nous paraît donc être celle qui consiste à faire, dans cette variété du nystagmus, la section simultanée des muscles droit interne et droit externe.

Le fait suivant, par lequel nous terminerons, nous paraît par ses résultats négatifs, venir également en confirmation de cette présomption.

Un enfant âgé de 5 ans, reçu par M. Guersant fils à l'Hôpital-des-Enfants, pour un strabisme convergent double de naissance, compliqué de nystagmus, a été opéré par ce praticien, le 23 février, de l'œil gauche. Le succès du côté du strabisme a été incomplet, nonobstant une seconde opération (section du muscle droit interne) dans laquelle le muscle fut complétement coupé. L'indocilité extrême du sujet ne permit pas de tenter de nouveaux essais : le tremblement convulsif persiste, malgré la section du muscle indiqué.

REVUE HYGIÉNIQUE.

Moyens de prévenir les maladies du premier temps de la grossesse.

(*Suite.*)

Terminons l'examen des causes des maladies du premier temps de la grossesse par celui des causes de la syncope, de la lipothymie. Elles dépendent de l'appauvrissement des liquides et du relâchement des parties solides de l'organisme, par suite des pertes non réparées; au moindre mouvement, à la plus légère vivacité, il survient des inquiétudes aux femmes qui sont dans cet état, leurs membres fléchissent et elles tombent dans une inertie alarmante. C'est donc en combattant la faiblesse que l'on préviendra ces accidents.

Influence de l'air. — Bien que le fœtus ne respire pas dans le sein de sa mère, cependant il ne peut vivre sans le concours de l'air. Aussi bien que s'il respirait, un air vicié altère alors ses principes.

Hippocrate a indiqué dans un aphorisme la doctrine de l'air concernant le fœtus, et a exprimé les effets qu'il produit sur l'enfant naissant.

Si le vent du midi domine pendant le cours de l'hiver, si la saison est pluvieuse et le printemps froid, les femmes grosses qui doivent accoucher dans cette dernière saison, sont très exposées à l'avortement; si elles parviennent au terme de leur grossesse, leurs enfants sont faibles, infirmes, languissants. Partout où le vent du midi règne pendant l'hiver, il tient l'air atmosphérique plus raréfié; par conséquent, plus léger et non pas plus lourd, comme on le dit ordinairement, ce qui rend la respiration plus pénible, puisque le poumon reçoit une moins grande quantité d'air. En même temps que l'air est raréfié par le vent du midi, il est plus chaud; et si l'humidité se joint à cette chaleur, les parties solides de l'organisme se relâchent, la densité des fluides diminue, et les maladies qui dépendent de cet état général se déclarent. Comment, au milieu de pareilles conditions, les avortements ne seraient-ils pas fréquents, et comment les enfants ne viendraient-ils pas au monde chétifs et à peine viables? Qu'après une telle constitution de l'hiver vienne

un printemps froid, comment de tels enfants pourront-ils résister?

Tous les dérangements des saisons sont funestes aux femmes enceintes. Par suite, toute saison trop chaude, trop froide, trop sèche ou trop humide porte sur le fœtus une fâcheuse influence qui trouble ses fonctions et le débilite, si elle ne le fait périr. Toutes ces constitutions atmosphériques déplacées, interverties méritent une attention scrupuleuse de la part des femmes enceintes, afin que, prenant les précautions nécessaires, elles se garantissent contre les maladies qui peuvent en résulter pour elles et pour leur enfant. Les variations de l'atmosphère et les revirements subits dans les saisons, portent, dans l'économie de la mère et du fœtus, des changements proportionnels, subits et inattendus; elles surprennent l'organisme non préparé à se mettre en équilibre avec les agents extérieurs qui font irruption et l'envahissent.

A toutes les époques de la grossesse, mais surtout dans les premiers temps, l'enfant ne trouvera pas en lui des ressources suffisantes pour résister à de pareilles attaques, alors même que l'habitude de les subir les rendrait supportables pour elles-mêmes à une mère bien constituée.

Il est donc essentiel que les femmes enceintes, surtout celles qui sont d'une constitution délicate, sachent apprécier et choisir l'air qui convient le mieux à leur tempérament, à la nature des incommodités auxquelles les expose le caractère de leur complexion. Mieux que ne le ferait pour elles le plus habile médecin, elles sauront choisir elles-mêmes, pour peu qu'elles réfléchissent, le milieu atmosphérique le plus propre à faire équilibre au défaut ou au vice de leur constitution. D'un tempérament sec, d'une organisation serrée, peu élastique, elles choisiront une atmosphère un peu humide qui assouplisse leurs tissus. Elles se trouveront mal à l'aise exposées à un air vif, au vent desséchant du nord. Elles éviteront les hauteurs, les bords de la mer, etc. D'un tempérament humide, d'une organisation molle, elles préfèreront un air vif et sec, au milieu duquel elles se sentiront soutenues. Elles fuiront les campagnes humides, marécageuses, les lieux bas, le voisinage des rivières, etc. Si elles ne peuvent choisir l'atmosphère qui leur est la plus favorable, elles seront attentives à prévenir, par toutes les précau-

tions possibles, les mauvais effets de celle où elles sont forcées de vivre.

Ces mots éveillent une pénible réflexion : c'est que, dans ce monde, si l'on est rarement assez libre dans la position qu'on y occupe pour en sortir à volonté et se placer, comme je viens de le dire, dans les conditions les plus favorables, il est rare aussi que, dans cette position forcée, l'on se trouve assez à l'aise, assez maître du temps, que l'esprit soit assez libre de soucis pour que les soins préventifs de la santé puissent trouver place au milieu des autres préoccupations. La maladie elle-même, malgré le cri continuel de la douleur, ne triomphe pas toujours des impossibilités, soit réelles, soit imaginaires, que l'on rencontre partout. Comment pourra-t-on en triompher, quand il s'agira de prévenir des maux qui n'existent pas encore, quand la douleur n'est pas là comme un avertissement continuel. L'hygiène, en théorie, est la plus belle des sciences humaines; mise en pratique, elle ferait de notre vallée de larmes le meilleur des mondes; mais quand on songe à la difficulté d'en appliquer les préceptes, on est tenté de ne plus voir en elle qu'une utopie séduisante.

Toutefois, il est une sorte d'axiome qui doit soutenir nos efforts dans le bien que nous voulons opérer par elle: c'est qu'il faut persévérer, et le plus possible proclamer le bien et l'utile, parce qu'il en reste toujours quelque chose.

Je le sais, les préceptes que je dois établir ici, ne conviennent pas à toutes les femmes enceintes. Je sais que les diverses conditions de la vie demanderaient un enseignement spécial d'hygiène pour chacune d'elles, que pour composer un cours d'hygiène véritablement pratique, il faudrait descendre au détail des applications individuelles, c'est-à-dire possibles dans les diverses conditions de la vie.

En attendant que le temps amène ces résultats de l'observation, commençons par exposer les préceptes généraux. Nous devons supposer d'abord que les femmes n'ont à se livrer à aucune occupation qui les détourne de l'attention qu'elles se doivent à elles-mêmes pendant le temps de la grossesse. A celles qui se trouvent dans ces conditions, les précautions à prendre que nous allons indiquer, pourront du moins être utiles. Quant à celles qui, par les exigences de leur position, ne pourront

profiter entièrement de nos conseils, si elles ne trouvent pas ici tout ce qui leur convient directement, elles y apprendront du moins à se soustraire aux influences les plus fâcheuses. Elles sauront ce qui leur est favorable et ce qui leur est nuisible. De nos conseils, elles choisiront ceux qui leur sont applicables.

Dans les grandes chaleurs, naturellement elles choisiront pendant le jour, le lieu le plus frais où elles n'entreront toutefois qu'autant que la chaleur de leur corps sera modérée. Elles tiendront, disent quelques auteurs, leurs chambres fraîches, en les jonchant de fleurs et de feuilles. Cette pratique utile pendant le jour, deviendrait funeste la nuit. A la lumière du jour, en effet, les parties vertes des plantes absorbent l'acide carbonique de l'air, le décomposent en carbone qu'elles absorbent et en oxygène qu'elles abandonnent à l'atmosphère pour en entretenir la pureté. La nuit, au contraire, elles absorbent l'oxygène de l'air, qui devient ainsi moins respirable, et exhalent de l'acide carbonique qui rend impur l'air atmosphérique. L'on peut, d'après ces données, se rendre compte de ce qui arriverait à une femme enceinte qui, suivant ce conseil, répandrait partout des fleurs dans son appartement, dans l'intérieur duquel elle intercepterait, pour empêcher la chaleur d'y arriver, le passage de la lumière, en n'y entretenant qu'un demi-jour. Dans de telles conditions, la femme enceinte, dont les fonctions s'exécutent assez difficilement, serait en proie à une sorte d'asphyxie lente, funeste à la mère et à l'enfant.

C'est à cause de la grande quantité d'acide carbonique qui se dégage au milieu des grandes réunions, dans les assemblées nombreuses, que le conseil est donné aux femmes enceintes de se tenir éloignées, pendant le temps de leur grossesse, de ces grands foyers de réunion où l'on ne peut pas admettre de l'extérieur un quantité d'air pur capable de faire équilibre à l'air impur exhalé par toutes les personnes admises dans l'enceinte.

Elles entretiendront donc dans les lieux qu'elles habitent la fraîcheur, en agitant l'air, en tenant les fenêtres fermées au midi et ouvertes au nord. Pour modérer les *feux* qu'elles ressentent intérieurement, elles boiront les infusions raffraîchissantes de laitue, de coquelicot, de roses; de légères limonades, des orgeats; le sirop de violettes, de nymphœa, de limons, etc. Pour l'usage de ces boissons, elles consulteront leur estomac. Si elles éprouvent des *aigreurs*, les acides ne leur conviennent pas, et

l'usage des sirops leur sera interdit, car souvent, les sirops les plus doux s'aigrissent. Il est une boisson qui, à elle seule, dans ces cas, remplira toutes les indications, c'est une eau légèrement nitrée. Pendant les grandes chaleurs, lorsqu'elles sentiront s'élever en elles ces *feux* qui incommodent si souvent les femmes enceintes, on répandra du vinaigre autour d'elles.

Pendant l'hiver, elles se garantiront contre les impressions du froid. Leur raison ne le cédera point aux caprices de la mode, et elles ne s'exposeront point la poitrine découverte, aux accidents mortels qui résulteraient pour elles de cette perfide coquetterie. Si dans tous les temps la transpiration insensible est utile aux femmes, c'est surtout pendant le temps de la grossesse. La matière excrémentitielle, transpirable, retenue dans l'économie, se mêle aux sucs nourriciers du fœtus, et lui communique ses qualités nuisibles. On doit entretenir dans leur demeure une chaleur modérée. Un trop grand feu raréfie l'air intérieur. De là pour la mère des troubles dans les fonctions de la respiration et de la circulation; de l'agitation, des insomnies qui, pour le fœtus, deviennent autant de causes de mort.

Les jours où l'air est humide, chargé de vapeurs, on brulera dans leur appartement quelques plantes légèrement aromatiques non choisies au hasard, mais telles que leur odeur loin d'être antipathique aux femmes, leur soit au contraire agréable.

On se préoccupe si peu des conseils donnés par l'hygiène, que parmi ceux-ci, il en est que beaucoup de gens seront tentés de ne pas prendre au sérieux. Tels seront peut-être les conseils que nous venons de donner au nom cependant de l'hygiène la plus sévère sur la manière d'améliorer l'atmosphère au milieu de laquelle se trouve la femme enceinte; s'il est vrai qu'ils semblent ne s'adresser qu'aux femmes oisives pour lesquelles ce genre d'occupation peut de venir, après tout, un exercice utile en même temps que conforme à l'élégance de leurs mœurs, il n'en sera pas de même de ceux qui concernent l'influence du régime. C'est là une question éminemment importante qui, dans l'application, s'adresse à toutes les classes de la société.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MÉDICALE.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.

Croup-trachéotomie. — Mort. — Observation communiquée par M. le docteur BERTON.

M. le docteur Berton a bien voulu, pour communiquer à nos lecteurs l'observation qu'on va lire, la distraire de l'ouvrage qu'il va publier incessamment sous le titre de *Traité des maladies des enfants*. Ce livre sera une édition nouvelle et complémentaire du Traité que M. Berton publia en 1837, avec des notes de M. Baron, médecin de l'hospice des Enfants-Trouvés. Deux motifs nous font désirer la prompte publication de cette nouvelle édition: c'est que nous trouverons dans ce livre d'utiles enseignements pour la pratique civile; et que, libre de ce travail, M. le docteur Berton, ainsi qu'il nous autorise à l'annoncer à nos lecteurs, pourra continuer de communiquer aux praticiens, par la voie de notre Revue, les nouveaux résultats de sa pratique.

« Nous fûmes appelé le 23 mai 1841, vers les deux heures de l'après-midi, rue des Marais, auprès d'un jeune enfant que l'on nous disait être indisposé. Cet enfant assez délicat, blond, lymphatique, âgé de cinq ans, était depuis plusieurs mois affecté d'une bronchite chronique. Nous nous rappelâmes en effet qu'on était venu nous consulter pour lui il y avait environ un mois: nous lui avions fait placer un vésicatoire au bras, couvrir la peau de flanelle; nous avions, en outre, prescrit quelques tisanes pectorales et quelques doses de sirop d'ipécacuanha composé. Une amélioration remarquable, nous apprit-on, avait suivi cette médication; mais il y avait une huitaine de jours que la toux avait repris avec une certaine intensité. Depuis quatre à cinq jours, il s'y était joint de l'enrouement, et depuis trois jours la voix était presque éteinte.

«Nous trouvâmes cet enfant levé; le pouls battait cent-vingt fois par minute; l'inspiration et l'expiration étaient sifflantes,

bruyantes; l'aphonie complète; la toux médiocrement fréquente, très enrouée; les amygdales assez tuméfiées et en partie recouvertes de quelques légères exsudations blanchâtres; la dyspnée était par instant assez prononcée, la figure rouge, colorée, l'intelligence parfaite; il y avait de la soif, de la constipation : les urines étaient rares et muqueuses. (Prescription : deux sangsues à la gorge; un gramme de poudre d'ipécacuanha en deux doses; vingt décigrammes d'un mélange de calomel et de jalap; vésicatoire au devant du sternum.)

« Trois à quatre vomissements eurent lieu sans expuition de fausses membranes; nuit agitée; plusieurs accès de dyspnée, surtout vers l'aube.

« Le 24, vers dix heures du matin, pouls de cent vingt-huit à cent trente pulsations; agitation, anxiété, dyspnée continuelle; respiration très embarrassée; l'air pénètre à peine dans le tissu vésiculaire du poumon; percussion sonore; toux enrouée, rauque, peu fréquente; face rouge, congestionnée. (Prescription : un décigramme d'émétique en trois doses; trois sangsues à la gorge; frictions avec l'onguent napolitain, quinze grammes pour trois frictions autour du cou.)

« La gravité du cas nous laisse très peu d'espoir. M. Guersant, appelé par nous en consultation, partage toutes nos craintes sur l'issue funeste de ce croup grave : rendez-vous est pris dans la soirée avec M. Paul Guersant, chirurgien à l'hôpital des Enfants, pour pratiquer la trachéotomie. Réunis vers une heure du matin, M. Guersant fils et moi, nous nous décidâmes à attendre au lendemain, d'autant plus que l'enfant était moins agité et étouffait moins.

« Le 25, à dix heures et demie du matin, cent vingt pulsations; moins d'anxiété; la respiration est un peu moins gênée que la veille, cependant il y a toujours de quarante à cinquante inspirations par minute, et les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx sont encore laborieux et bruyants. Plusieurs vomissements ont eu lieu à la suite de l'administration de l'émétique.

A la suite de l'un deux, vers les trois heures du matin, ont été rejetées deux concrétions membraniformes, courtes, épaisses, irrégulières, l'une environ de la dimension de l'ongle de l'indicateur de l'enfant, l'autre moins étendue encore. Du reste aphonie toujours complète, pouls assez faible, peau chaude, figure pâle et moins baignée de sueur, une selle abondante, urine rare. (Prescription : quelques cuillerées d'eau et de lait, de looch blanc, frictions mercurielles autour du cou; cinq centigrammes de calomel à donner d'heure en heure, dans une cuillerée d'infusion de polygala. Pour l'après-midi, cinq centigrammes de tartre stibié.)

« M. Paul Guersant, peu partisan de la trachéotomie, qu'il a presque toujours vu échouer (bien qu'il l'ait pratiquée fréquemment à son hôpital), et qu'il considère aussi comme une dernière et très chanceuse, très périlleuse ressource, est aussi d'avis d'attendre l'imminence de l'asphyxie pour recourir à cette opération. Il propose, du reste, l'emploi d'une nouvelle modification apportée à l'appareil pour la cautérisation du larynx et de la trachée; modification récemment conçue et communiquée par M. Bretonneau : ce qui consiste en une éponge fine, de la grosseur environ d'une noix, fixée au bout d'une baleine assez forte et recourbée à la chaleur d'une bougie à cinq ou six centimètres à peu près de son extrémité, et presque à angle droit. L'éponge est imbibée d'une solution de nitrate d'argent (au degré de quatre grammes de ce sel, pour trente-deux grammes d'eau distillée); elle est introduite dans le fond de la gorge, l'épiglotte est soulevée et la solution exprimée au-dessus de la glotte.

«Nouveau rendez-vous est pris pour quatre heures de l'après-midi, pour mettre en usage ce nouveau procédé, que d'avance nous goûtons en effet. Le 25, à quatre heures de l'après-midi, le petit malade est très mal; l'orthopnée est considérable, l'anxiété, l'agitation extrêmes; la tête est fortement renversée en arrière; la figure et le cou sont vergetés, d'une coloration d'un rose pâle mêlé de violet, les lèvres sont violacées, le pouls

précipité et irrégulier, la respiration de même...... l'asphyxie est sur le point d'avoir lieu. Nous nous décidâmes alors à ouvrir la trachée. M. Paul Guersant procède immédiatement à cette opération. Le petit malade est contenu par des aides ; la trachée située profondément est mise à nu et incisée, et l'ouverture maintenue ouverte au moyen du dilatateur : dès lors l'enfant, dont la respiration venait de se suspendre et qui était presque asphyxié, se ranime ; la respiration se rétablit ; des bouffées d'air, de mucus, mêlées d'un peu de sang, sont expulsées par l'ouverture trachéale. Il y a un peu d'emphysème dans les portions droites de la face et du cou. Une fausse membrane se présente à l'ouverture et nous l'extrayons; elle a environ trois centimètres de long sur six à huit millimètres de large ; son épaisseur est d'environ un millimètre ; elle est inégale et frangée vers ses extrémites et lisse sur ses deux faces. Sa couleur est celle de la peau morte, son apparence celle des membranes que l'on rencontre fréquemment à la surface des vésicatoires. D'ailleurs très peu de sang s'est écoulé par la plaie dans laquelle a été introduite la canule d'argent, fixée ensuite avec des liens autour du cou.

« Presque immédiatement après l'opération, pratiquée avec beaucoup d'habileté par M. Paul Guersant, se remarque le changement le plus heureux dans l'état du malade. La respiration douce, tranquille, est à peine, de loin en loin, interrompue par quelques légers accès de toux, qui font échapper quelques mucosités et quelques parcelles membraniformes. L'enfant, replacé dans son lit, prend la tasse qu'on lui présente et boit quelques gorgées d'hydrogat ; bientôt il s'endort d'un sommeil paisible. Toute médication est suspendue.

« Le lendemain, 26, à neuf heures du matin, pouls à quatre-vingt-seize pulsations. La nuit a été bonne, le sommeil n'a pas été cependant continu ; l'amélioration constatée la veille après l'opération semble se soutenir ; cependant nous remarquons un peu d'agitation. (Eau de laitue édulcorée avec le sirop de gomme; quelques cuillerées d'eau et de lait.)

« On vint nous chercher en toute hâte le même jour, vers quatre heures de l'après-midi : le malade est en effet au plus mal. C'est à partir de onze heures que son état s'est progressivement aggravé. La dyspnée, ou plutôt l'orthopnée, est très grande; les accès de toux fréquents ; un gargouillement très marqué s'entend chaque fois que l'air pénètre ou sort de la poitrine. Le pauvre enfant n'a pas la force de pousser au dehors cet amas de mucosités qui obstrue l'arbre aérien. Une fausse membrane, d'environ quatre centimètres de hauteur, annulaire, évidemment trachéale, a été retirée sans soulagement, et l'asphyxie n'en a pas moins continué à se prononcer. Pouls fréquent et irrégulier; peau recouverte d'une sueur froide ; figure pâle, exprimant la souffrance et l'anxiété, lèvres violacées; vainement cherche-t-on, au moyen de l'écouvillon, à extraire quelques parties du mucus visqueux et adhérent qui obstrue les conduits aériens. La mort est imminente : elle eut lieu vers les huit heures du soir, environ 27 ou 28 heures après l'opération, et fut précédée de quelques mouvements convulsifs.

« *Autopsie*, le 28 au matin. *Habitude extérieure* : face pâle, gonflement emphysémateux de la joue droite et du cou; extrémité des membres bleuâtres; rigidité générale ; contraction des doigts; lividité cadavérique.

« Quelques légères exsudations pelliculaires sur les amygdales, qui paraissent un peu gonflées; pas d'exsudations dans la bouche, le pharynx, ni l'œsophage; toute la face interne du larynx est recouverte de pellicules membraniformes. Une d'entre elles, un peu plus volumineuse, et sous forme de diaphragme, percée supérieurement, tapisse l'entrée de la glotte; nulle pseudo-membrane, ni dans la trachée, ni dans les bronches; mais une rougeur assez intense de la muqueuse se manifeste à partir de la blessure trachéale, et se perd dans les divisions de l'arbre bronchique. Tous ces canaux contiennent en abondance du mucus visqueux et filant; les deux poumons sont engoués postérieurement, environ dans le tiers de leur étendue, et surtout vers

leur base; plusieurs traces d'emphysème se rencontrent sur leur face externe et sur leur bord postérieur. Le lobe inférieur du poumon gauche contient plusieurs indurations pneumoniques; au centre de l'une d'elles se trouvent trois tubercules miliaires. L'incision du tissu pulmonaire laisse suinter du mucus visqueux, et en quelques endroits d'aspect semi-purulent. Ni les glandes cervicales, ni les glandes lymphatiques qui avoisinent la trachée et les bronches, ne paraissent sensiblement glonflées; pas d'épanchement dans la cavité des plèvres, ni dans le péricarde; ni rougeurs, ni adhérences pleurétiques; beaucoup de sang noir caillé ou cailleboté dans les principaux vaisseaux et dans le cœur. Nous supprimons, comme détails parfaitement inutiles, l'investigation des autres organes, qui du reste n'ont présenté rien d'anormal.»

Réflexions. — Cette observation nous semble pouvoir offrir quelque intérêt sous plus d'un rapport. 1° Elle a trait à un cas de *croup* qui, selon nous, a procédé de bas en haut. L'enfant qui en fait le sujet était affecté depuis longtemps, en effet, de bronchite, qui dans les derniers temps s'était considérablement amendée, et ne s'était ravivée que peu de jours avant la constatation de l'affection croupale. L'enrouement ne s'était manifesté que quatre ou cinq jours après la recrudescence de la phlegmasie des bronches.

2° L'inspiration et l'expiration étaient pareillement laborieuses, bruyantes, amphoriques; la toux était peu fréquente, l'orthopnée plutôt continue que par accès.

3° Il existait une fausse membrane annulaire complète.

4° Aucune pseudomembrane obstruante n'a été trouvée au-dessous de l'ouverture trachéale. Ce n'est donc pas à la présence de nouveaux produits de cette sorte que peut être attribué le retour des accidents, le lendemain de l'opération, mais à l'extension violente de la phlegmasie et à la supersécrétion bronchique. Si donc une amélioration instantanée et bien séduisante est le résultat immédiat du passage donné à l'air au moyen de l'inci-

sion de la trachée ou du larynx, tout danger est loin d'être conjuré dès lors; car si la reproduction des fausses membranes ne ramène pas toujours une seconde agonie, la réaction inflammatoire seule paraîtrait fréquemment suffisante pour frapper le coup de la mort. Les partisans de l'opération peuvent, il est vrai, objecter que pareillement on meurt souvent à la suite de l'opération de la taille et de celle de la hernie étranglée, mais que l'on périt *immanquablement* par le fait de l'abandon à elles-mêmes de maladies auxquelles la médecine opératoire pouvait encore tendre, pour ainsi dire, une planche de salut.

Docteur **BERTON**.

A la demande de mon ami, M. le docteur Vanier, j'ai extrait les résultats statistiques suivants des recherches physiologiques que j'ai entreprises chez les enfants de l'âge de 2 à 15 ans.

Du pouls chez les enfants, depuis la fin de la première dentition (2 ans à peu près) jusqu'à la puberté (15 ans), par M. A. BECQUEREL, docteur en médecine, interne à l'hôpital des enfants (1).

1° *Fréquence des pouls.* — Pour bien apprécier la fréquence du pouls chez les enfants de 2 à 15 ans, j'ai dû diviser cette période en plusieurs séries, qui sont, de 2 à 6 ans, de 6 à 9 ans, de 9 à 12, et de 12 à 15. J'ai également examiné le pouls 1° pendant l'état de veille; 2° pendant le sommeil. Cet examen est le résultat de 150 observations recueillies chez des enfants parfaitement sains, ou seulement atteints de gale ou de teigne, mais du reste, parfaitement bien portants; mangeant, se levant, courant, enfin jouissant d'une excellente santé.

Première série. — Enfants de 2 à 6 ans. — Pendant la veille,

---

(1) M. le docteur Becquerel se propose de publier plus tard la suite de son travail, commencé dans le n° 2 de cette Revue, sous le titre : *De la thérapeutique chez les enfants*, etc.

les enfants étant assis, et étant depuis une heure assez tranquilles et sans jouer, l'examen de 30 enfants, 15 garçons et 15 filles, a donné la fréquence du pouls variant entre 72 et 112 pulsations par minute. La moyenne générale a été de 92.

Les mêmes enfants, examinés pendant le sommeil, 2 heures après être couchés, en prenant bien garde de les éveiller, et recommençant à un autre instant, si on ne pouvait l'éviter, le pouls a varié entre 56 et 96 pulsations par minute. La moyenne a été de 76. Chez les garçons, elle a été de 75 par minute, et chez les filles de 77; il y a un peu plus du côté des filles.

Il y a donc eu, terme moyen, 17 pulsations de différence entre le pouls à l'état de veille, et le pouls chez les mêmes enfants (termes moyens), pendant le sommeil.

La deuxième série comprend les enfants de 6 à 9 ans. Voici le résultat de l'examen du pouls de 40 enfants placés dans les mêmes circonstances que les précédents.

Pendant la veille, le pouls a varié entre 60 et 108 pulsations par minute. La moyenne générale a été de 90 pendant le sommeil, le nombre des pulsations a varié entre 54 et 96. La moyenne a été entre 73 et 74. Chez les garçons (20 cas), elle est de 70. Chez les filles (20 cas), de 75; toujours un peu plus chez ces dernières. La différence entre les deux moyennes de veille et de sommeil a été de 16 pulsations.

La troisième série comprend les enfants de 9 à 12 ans. 40 ont été également examinés. Pendant la veille, le nombre des pulsations a varié entre 64 et 108. La moyenne, de 40 cas, a été de 80. Pendant le sommeil, le nombre a varié entre 54 et 98 pulsations. La moyenne générale a été de 72. Elle a été de 70 chez les garçons, et de 75 chez les filles. La différence entre l'état de veille et le sommeil n'est plus, terme moyen, que de 8 pulsations.

La quatrième série comprend les enfants entre 12 et 15 ans; 40 ont été également examinés. Pendant la veille, le nombre de pulsations a varié entre 56 et 104. La moyenne des 40 cas a été de 72. Pendant le sommeil, le nombre des pulsations a varié

entre 48 et 92. La moyenne générale a été de 70. Elle a été de 67 pour les garçons et de 73 pour les filles. La différence moyenne, entre l'état de veille et de sommeil, n'est plus que de 2 pulsations.

Ces résultats numériques nous conduisent à des conclusions fort importantes :

1° L'examen du pouls ne peut être fait avec quelque certitude que pendant le sommeil, ou au moins quand l'enfant est couché et dans un repos parfait.

2° Constamment le pouls est plus fréquent dans l'état de veille que pendant le sommeil. Sa fréquence varie suivant les âges. Ainsi, de 2 à 9 ans, elle est de 12, 14, 15 et 16 pulsations. De 9 à 12 ans, elle n'est plus que de 6 à 8 pulsations. Enfin de 12 à 15 il y a très peu de différence entre le nombre des pulsations, à l'état de veille et pendant le sommeil, puisque je n'ai trouvé pour moyenne que le chiffre 2.

3° Considéré au même âge, soit pendant la veille, soit pendant le sommeil, le nombre des pulsations varie beaucoup chez les individus différents. J'ai donné plus bas les chiffres exprimant ces variations.

4° Chez les enfants le moindre exercice, et par conséquent les mouvements désordonnés qu'ils exécutent presque continuellement ont la faculté d'accélérer souvent très fortement le nombre des pulsations. On voit souvent le pouls monter facilement et rapidement à 120, 130, 140 pulsations.

5° L'âge exerce encore une influence sur la fréquence du pouls; malgré les différences qui existent entre le nombre des pulsations chez les individus différents, les moyennes, soit dans l'état de veille, soit dans l'état de sommeil, viennent confirmer cette proposition. Ainsi, pendant la veille, de 2 à 9 ans, la moyenne de 70 cas est de 90 à 92 pulsations par minute. De 9 à 12 ans, le pouls se ralentit notablement. Ainsi il est tombé (terme moyen de 40 cas) à 80 pulsations. De 12 à 15 ans le ralentissement continue, et le pouls arrive à 72.

L'examen des résultats obtenus pendant le sommeil conduit à des conséquences un peu différentes. De 2 à 15 ans, les moyennes obtenues pendant le sommeil sont à peu près les mêmes à tous les âges. Ainsi, de 2 à 6 ans, 76 ; de 6 à 9 ans, 73 ; de 9 à 12, 72 ; de 12 à 15 , 70. Il y a aussi ralentissement ; c'est le fait général, seulement il est moins marqué : le pouls tombe de 76 à 70.

6° Le sexe semble exercer une influence sur le nombre des pulsations ; le pouls , dans ces recherches statistiques, s'est constamment montré un peu plus fréquent chez les filles que chez les garçons. Voici les résultats obtenus :

Pendant le sommeil les moyennes des quatre séries sont représentées chez les garçons par les chiffres 75 , 70 , 70, 67. Et chez les filles, les chiffres également moyens et correspondants ont été de 77 , 75, 75, 73.

On voit la même proportion se continuer.

2° *Régularité du pouls.* — Le pouls est régulier quand toutes les pulsations sont séparées par des espaces de temps égaux ; il est irrégulier quand les espaces de temps qui les séparent cessent d'être tous semblables à eux-mêmes. Sous ce rapport, le pouls offre des différences assez grandes chez l'enfant en bonne santé. Voici, à cet égard , le résumé des résultats que m'a fourni l'examen des 150 cas que j'ai mentionnés. Sur 150 cas, le pouls dans l'état de veille s'est trouvé irrégulier 24 fois, c'est-à-dire dans le sixième des cas à peu près. Sur ces 24 cas, le pouls s'est conservé également inégal dans le sommeil, c'est-à-dire après s'être ralenti, dans 18 cas. Dans 6, il a perdu son irrégularité ; on doit admettre, je crois, qu'elle était due, dans ces 6 cas, à quelque cause accidentelle que je n'ai pu saisir. La moyenne de ces 24 cas a été de 84 par minute, chiffres qui, du reste, expriment à peu près la moyenne générale chez les enfants de 2 à 15 ans.

Sur les 150 cas examinés pendant le sommeil, on a trouvé 55 fois le pouls irrégulier, c'est-à-dire dans un peu plus du tiers des cas, ce qui est beaucoup. Dans plusieurs de ces cas, le pouls a été compté plusieurs fois pour s'assurer de cette irrégu-

larité. Sur ces 55 cas, 18 étaient déjà irréguliers pendant la veille, et 37 le sont devenus par le seul fait du ralentissement du pouls. La moyenne de ces 55 cas fut trouvée assez basse : elle fut de 66 pulsations par minute.

Ces recherches statistiques permettent de conclure qu'assez souvent le pouls est irrégulier chez les enfants pendant la veille (1/6e des cas), et beaucoup plus souvent pendant le sommeil, et par conséquent que le pouls devient très souvent irrégulier en se ralentissant, même dans un état de santé parfaite. On peut faire de ces résultats une application de ce qu'on observe dans les prodrômes de la méningite des enfants. (Ralentissement avec irrégularité du pouls.)

J'ai eu beaucoup plus rarement occasion de trouver le pouls intermittent (pouls dans lequel de temps en temps 1 ou même 2 pulsations sont absentes) que le pouls irrégulier. 2 fois seulement, et pendant le sommeil, il en a été ainsi sur ces 150 cas.

L'examen de la force et des autres qualités du pouls m'a conduit à des résultats si variables, qu'on ne pourrait les exprimer d'une manière générale.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS.

Enfants nouveau-nés et à la mamelle. — Études préliminaires; par le docteur VANIER.

(*Suite.*)

Examen de l'enfant pendant qu'il s'agite.

Règle générale : toutes les fois que l'on aura à exercer sur l'enfant une manœuvre qui sera de nature à exciter de sa part des mouvements d'impatience, ce qui induirait en erreur le médecin, il faudra chercher à les exercer de manière que l'enfant croie que c'est sa nourrice qui les exécute. Il y a même plus, c'est qu'on pourra, dans certaines circonstances, les faire pratiquer par la nourrice elle-même, pour les exécuter soi-même ensuite. Je citerai pour exemple *le palper* du ventre. Ce précepte est de

rigueur absolue pour le praticien. Il perdra moins de temps en procédant ainsi, qu'en voulant, par une précipitation mal entendue, exécuter sur l'enfant, sans essayer de le tromper, des recherches qui le laisseraient dans l'incertitude, et qu'il faudra recommencer.

Douleur du ventre à la pression.

M. Valleix fait remarquer avec raison que toutes les fois que l'on voudra palper le ventre sur des enfants couchés, qu'ils souffrent ou qu'ils ne souffrent pas de cette pression, ils crieront : l'enfant *méchant* crie plus fort que l'enfant qui souffre, il s'irrite de plus en plus, l'agitation devient extrême, il se pâme.

On fera d'abord exercer cette pression par la nourrice, dans le but seulement, si elle détermine de la douleur, de la voir se manifester par des cris ou par des contractions du visage. Ce *palper* du ventre pouvant conduire à constater d'autres phénomènes que celui de la douleur, par exemple, les borborygmes, la rétention des matières fécales, le ballonnement du ventre, etc., le médecin palpera lui-même ensuite l'abdomen et il aura, dans ce but, quelques précautions à prendre. Pour ne pas manquer de tirer profit de cette manœuvre, qui sera infailliblement sans résultat s'il ne prend les précautions nécessaires, il faut qu'au moment où il se propose de palper le ventre de l'enfant il le place dans les conditions suivantes : Pour calmer l'agitation et faire cesser les cris que n'auront pas manqué de provoquer les mouvements nécessaires pour déshabiller l'enfant, on lui donnera le sein. S'il ne l'a pas pris depuis longtemps et qu'il en soit avide, c'est le bon moment pour palper le ventre; si cette première tentative ne réussit pas, ou que ce premier *palper* indique la nécessité d'un examen plus minutieux du ventre et dans une position plus commode, alors on emploiera le moyen indiqué par M. Valleix : on exposera aux regards de l'enfant une vive lumière, et profitant de l'étonnement avec lequel il contemplera cette clarté, on palpera l'abdomen. On donne pendant ce temps à l'enfant l'attitude la plus convenable ; c'est la position assise, sur

une table par exemple, la tête de l'enfant étant soutenue. Les choses étant ainsi disposées, on a pu, comme le fait remarquer M. Valleix, presser le ventre brusquement jusqu'à toucher la colonne vertébrale, sans provoquer la moindre grimace chez un enfant qui, pour le moindre attouchement, aurait jeté les hauts cris. Si, au contraire, la pression est véritablement douloureuse, elle détermine, à chaque secousse de pression, soit des grimaces, soit des cris, qui cessent avec la pression, ce qui ne laisse plus de doute. Si la lumière ne produit pas le calme, c'est que la douleur est aiguë et continuelle.

Si la lumière est douloureuse aux yeux, c'est une circonstance dont il faudra tenir compte.

Cette pratique, nécessaire pour explorer la sensibilité du ventre, sera la même pour toutes les autres parties du corps.

Examen de la bouche. — Pour ouvrir la bouche d'un enfant, il suffit souvent de presser avec le pouce sur le menton ; l'enfant ouvre la bouche pour crier. Si celui-ci, déjà soumis à cette épreuve pour quelque opération qu'il redoute, résiste à la pression du pouce sur le menton et serre les mâchoires, il faut, avec deux doigts, fermer les narines en pinçant le nez : le besoin d'aspirer l'air forcera l'enfant à ouvrir la bouche ; alors on examinera cette cavité, et l'on constatera minutieusement l'état de toutes ses parties.

Introduction du doigt dans la bouche. — L'introduction du doigt dans la bouche de l'enfant a pour but de juger de la chaleur, de la sécheresse de ses parois, etc. ; mais l'utilité principale de cette introduction, c'est qu'elle permet d'apprécier les mouvements de succion. Si le nouveau-né se porte bien, il exerce sur le doigt quelques mouvements de succion ; s'il est atteint d'une affection grave, il ne tette pas. Dans certains cas, il paraît insensible à l'introduction du doigt ; d'autres fois il crie, ou bien il serre le doigt entre les gencives, et sa figure se contracte. Si la bouche est sensible au contact du doigt, l'enfant crie en la tenant ouverte. Ces expériences faites avec le doigt

auront d'autant plus de valeur, que les accidents déterminés par sa présence seront provoqués même par les mamelons de la nourrice.

M. Valleix dit que l'introduction du doigt pourra être utile pour apprécier l'état des forces. « Si l'on voit, dit-il, les enfants faire quelques faibles mouvements de succion, puis s'arrêter comme épuisés par ces efforts, on sera autorisé à croire qu'il existe une grande faiblesse ; à moins, ajoute-t-il, qu'on ne remarque les signes d'un profond assoupissement. » Ce que détermine le doigt du médecin introduit dans la bouche de l'enfant, le sein de la nourrice peut le déterminer également. J'ai plusieurs fois expérimenté ce moyen chez les enfants faibles, et j'ai toujours remarqué cet effort impuissant de succion après lequel l'enfant s'arrête comme épuisé ; mais j'ajouterai que le même moyen expérimenté chez d'autres enfants a produit quelquefois le même effet, soit que ces enfants fussent bien portants, soit qu'ils fussent malades. J'ai pu, dans plusieurs cas, en apprécier la cause réelle : quelquefois l'enfant venait de prendre beaucoup de lait ; il y avait chez lui plénitude ; chez d'autres il y avait simplement malaise, un certain dégoût momentané : c'est ce qui arrive souvent chez les enfants qui n'ont pas été depuis quelque temps à la garderobe. Ce dégoût momentané du sein correspond à ce défaut d'appétit qu'on remarque chez les enfants plus âgés, et même chez les adultes, lorsqu'ils n'ont pas eu depuis quelque temps d'évacuations alvines. D'autres fois, cela tenait aux qualités du lait de la nourrice, que l'on était plus tard obligé de changer ; mais lorsque c'est le doigt qu'on introduit dans la bouche de l'enfant, il le refuse tout simplement, parce qu'il ne reconnaît pas là le mamelon de sa nourrice.

Ainsi donc, je ne nie point l'utilité de chercher à se rendre compte du degré de faiblesse de l'enfant par ce moyen, en quelque sorte dyanométrique, recommandé par M. Valleix, mais je dis que la conduite de l'enfant dans ce cas peut dépendre d'une autre cause que de la faiblesse.

Examen de la poitrine. — Si, pour percuter et ausculter la poitrine, vous tenez l'enfant assis sur le lit, les positions gênantes que lui feront prendre les chocs imprimés par votre main pour la percussion, et par votre tête pour l'auscultation, provoqueront de sa part des cris continuels et perçants, qui ne vous permettront d'entendre que difficilement les sons dans les deux cas. Il faut donc, avant tout, chercher à donner à l'enfant la position la plus commode. En général, assis sur les genoux de sa nourrice, l'enfant se trouvera mieux qu'ailleurs, et criera moins; mais, s'il s'agit d'un très petit enfant, cette position n'est plus possible, et la meilleure manière de l'examiner sera celle que j'ai toujours vu employer par M. Baron, à l'hospice des Enfants-Trouvés : c'est de prendre l'enfant de telle façon, qu'il soit couché dans la main gauche du médecin, tour à tour sur la partie antérieure et sur la partie postérieure du thorax, la tête étant soutenue par le pouce et l'indicateur; alors la respiration s'exécute librement. Au besoin, on donnera un point d'appui aux pieds de l'enfant, soit sur le lit, soit sur la nourrice. Le médecin peut ainsi à son aise percuter de sa main droite la poitrine et l'ausculter.

Les enfants que M. Baron tient ainsi crient rarement; je me suis habitué à cette manière, et j'obtiens ordinairement le même silence. C'est toujours lorsque l'enfant est couché sur le dos, qu'il crie davantage.

Chez les nouveau-nés, la grande sonorité de la poitrine fait ressortir la matité ou l'obscurité du son, de sorte qu'on peut les saisir d'une manière assez précise dans leur limite, lorsqu'elles sont circonscrites. Une circonstance peut affaiblir ce contraste : c'est l'endurcissement du tissu cellulaire du thorax, qui diminue notablement la *sonorité puérile* de la poitrine des nouveau-nés.

Le plessimètre et le sthétoscope sont d'un usage très difficile chez les enfants. Leurs mouvements dérangent continuellement ces instruments, qui ne peuvent pas les suivre, comme le font la main et l'oreille du médecin.

Cri provoqué. — Lorsque l'enfant crie, qu'il soit ou non malade, le cri paraît être à peu près le même. Cependant, il y a une certaine différence que l'on peut saisir. Cette différence, isolée de tout autre signe, serait souvent de peu de poids; confirmée, dans le doute, par les autres moyens de diagnostic, elle acquiert une certaine valeur. Cherchons à apprécier, si fugitive qu'elle puisse être, la différence du cri d'impatience et du cri de douleur chez l'enfant.

Excluons d'abord de cet examen les modifications du cri, qui ne dépendent ni de l'impatience, ni de la douleur : tels sont le *défaut de la reprise*, qui peut tenir à l'état de faiblesse; l'*absence complète* du cri, qui est toujours causée par la faiblesse extrême, ou par une altération des organes de la voix.

L'impatience ne peut rien sur l'*intensité* du cri. La douleur l'augmente, les progrès de la maladie la diminuent; mais l'impatience ne la diminue ni ne l'augmente, elle laisse au cri ses qualités naturelles. Elle ne le rend point *incomplet*, à moins que, poussée à l'extrême, elle ne fasse sangloter l'enfant, c'est-à-dire qu'elle ne fasse cesser le cri expiratoire, pour ne laisser subsister que le cri inspiratoire.

Elle ne le rend point *pénible*, en ce sens que la finale du cri devienne mourante. Ceci ne peut être l'effet que d'une affection grave.

Elle ne le rend point *étouffé*; c'est-à-dire qu'elle ne le réduit point à la condition d'un bruit de soufflet.

Le cri ne devient jamais, par l'effet de l'impatience, ni chevrotant, ni singultueux.

Les seules modifications du cri que peut provoquer l'impatience, sont l'*acuité* et la *précipitation*. Elle peut rendre le cri aigu, dans le cas où les cris d'impatience prolongés ont fatigué les organes de la phonation. C'est alors que le cri imite le chant du coq, et a quelque analogie avec la voix croupale, dont il est facile de le distinguer, parce qu'alors le cri expiratoire n'est pas remplacé par un bruit de soufflet. Je crois que ce que je viens de

dire pourrait donner une idée assez nette de la voix croupale à ceux même qui ne l'auraient pas entendue. Elle peut rendre le cri *précipité*; mais ce caractère est plutôt celui de la douleur subite.

Le cri d'impatience sera donc celui que nous avons décrit comme appartenant à l'enfant bien portant, c'est-à-dire soutenu, sonore, facile. Il faut toutefois excepter le cas où l'enfant étant faible, le cri d'impatience sera faible aussi, quoique l'enfant ne souffre pas; et alors même que le cri sera faible, il sera régulier comme la respiration, si elle est régulière elle-même, malgré la faiblesse générale; il ne sera pas pénible, difficile, comme dans le cas où la respiration s'exécute péniblement, difficilement. Il faut excepter aussi le cas où quelque organe de la phonation étant altéré, le cri d'impatience présentera une des modifications qui caractérisent ces altérations spéciales, modification que dès lors il ne faudra pas confondre avec celles provoquées par l'impatience. Si, par l'analyse ainsi raisonnée des cris de l'enfant, on n'arrive pas à constater qu'il s'agit de cris d'impatience, alors on cherchera à découvrir dans ces cris les caractères du cri de douleur. Quels sont ces caractères? Le cri spontané de la douleur est ordinairement plaintif; s'il est provoqué, il peut encore être plaintif, mais souvent alors il est violent. Quant aux autres caractères du cri spontané, loin de cesser comme le caractère plaintif, lorsqu'il est provoqué, ils se prononcent d'une manière plus appréciable : tels sont, la force, la gravité, l'acuité, la raucité, etc. Ainsi, tel cri spontané qui était *aigu* peut, lorsqu'il estprovoqué, et que l'enfant donne à sa voix plus d'étendue, devenir *grave*. Tel cri spontané, qui n'est que faible, peut paraître *étouffé*, s'il imite le bruit de soufflet; que ce cri vienne à être provoqué, il pourra se développer et n'être plus un cri étouffé, si l'enfant donne à sa voix plus d'étendue. Il faut donc, autant que possible, entendre le cri de l'enfant dans les deux temps de l'examen.

La douleur, provoquée jusqu'à un certain degré d'intensité

augmente l'*intensité* du cri; poussée à l'extrême, soit par son intensité, soit par sa continuité, elle la diminue, jusqu'à produire le *cri étouffé* et surtout le cri *pénible*, tels que nous les avons définis. C'est la douleur sans doute qui provoque le cri *aigu* appelé *hydrencéphalique*, expression qui le distingue bien de l'autre cri aigu qu'on peut appeler par opposition, *laryngien*, parce qu'il faut pour le produire, comme dans le croup, une affection du larynx.

Provoquée subitement, la douleur peut produire le cri *précipité*, tel que nous l'avons décrit. On comprend que, pour prévenir la simultanéité du cri de douleur et du cri d'impatience, il faut détourner l'attention de l'enfant, et la fixer si bien ailleurs, qu'il ne puisse crier qu'autant qu'il y sera contraint par la douleur provoquée.

Après avoir dit quels peuvent être les caractères du cri d'impatience et du cri de douleur, caractères qui se réduisent à un petit nombre, nous dirons que les altérations des organes phonateurs peuvent déterminer toutes les modifications de phonations que nous avons mentionnées. L'exercice théorique auquel nous venons de nous livrer se simplifiera de plus en plus dans l'application, à mesure qu'on en fera un exercice pratique. Nous avons épuisé cette matière. Nous devions le faire. Nous sommes trop pauvres de moyens de diagnostic au lit du nouveau-né, pour ne pas chercher à extraire de ceux que nous possédons tout ce qu'il est possible d'en tirer.

Appréciation du degré de force de l'enfant. — Pour apprécier la force du petit malade, il y a plusieurs moyens dont l'ensemble peut conduire à une donnée à peu près certaine. Le premier, c'est d'introduire son doigt dans la bouche de l'enfant et d'apprécier le degré de force qu'il emploie pour la succion de ce doigt. La nourrice saura, d'ailleurs, si le degré de la force avec laquelle il presse ordinairement le mamelon a diminué. Le second moyen, c'est l'attitude et les mouvements de l'enfant: attitude qui sera celle de la prostration, mouvements qui seront

nuls. Si l'enfant est très faible, ses membres seront sans soutien. Le troisième moyen, c'est d'écouter l'étendue que l'enfant donne à sa voix pendant qu'il crie agité. Le quatrième moyen, c'est de s'opposer aux mouvements de diverses parties du corps, et d'apprécier approximativement le degré de résistance.

Des renseignements fournis par les personnes qui soignent l'enfant. — Tout en cherchant à obtenir de la part des personnes qui soignent les enfants tout ce qu'elles pourront fournir de renseignements, soit sur les antécédents, soit sur l'état actuel du malade, il faut, comme le recommande M. le docteur Valleix, les accueillir avec d'autant plus de réserve, que ces personnes ont la prétention de tout observer et de tout expliquer. Il faut savoir mettre à profit leur empressement à tout voir, ce qui est le bon côté de leur prétention; mais il faut se mettre en garde contre l'exagération qu'elles impriment à leurs récits, contre les interprétations qu'elles ont la manie de donner à tout ce qu'elles voient. C'est quand il s'agit des enfants malades, que, dans le monde, le médecin rencontre le plus de préjugés. Toutes les fois qu'il aura lieu de craindre d'être induit en erreur par les renseignements qu'on lui donnera sur la douleur, sur l'appétit, sur la soif, etc., il devra chercher à les vérifier, toutes les fois qu'il aura les moyens de le faire.

Examen des antécédents. — Plus un enfant est jeune, plus il est nécessaire de remonter dans les temps qui ont précédé sa naissance. Il faudra prendre des informations sur la santé de la mère pendant sa grossesse, sur toutes les particularités de l'accouchement, sur le genre de vie, la force, la santé des parents.

Sous le rapport des antécédents, l'examen d'un enfant est tellement spécial, que les questions à faire de la part du médecin sont tout à fait différentes de celles qu'il s'agit d'adresser à un adulte; les objets sur lesquels il y aura surtout à insister pour l'enfant, sont des détails que l'on peut souvent négliger, quand il s'agit de malades plus âgés. Aussi ai-je cru qu'il ne serait pas

inutile de donner ici le programme des questions principales qui doivent servir de thème aux recherches cliniques du praticien. J'ai dû présenter ce programme de manière qu'il pût servir pour toutes les périodes de l'enfance. C'est celui que mettent en usage toutes les personnes qui recueillent avec soin des observations dans les hôpitaux des enfants. Le praticien changera l'ordre de ces questions selon ses habitudes, selon ses vues; peu importe, pourvu que toutes étant faites, il puisse avoir la certitude de n'avoir rien omis d'essentiel dans l'examen si difficile des enfants, où les plus exercés sont bientôt embarrassés, détournés par les difficultés qu'ils rencontrent, s'ils n'ont pas adopté un ordre bien établi pour se reconnaître et ne pas se laisser dérouter.

Programme de l'examen des antécédents. Age, — sexe, — état de santé du père et de la mère (hérédité), — santé des frères morts ou vivants. — Conditions hygiéniques des habitations, de la nourriture, des vêtements.

L'attention de la part du médecin à s'enquérir avec soin de toutes les données que peuvent fournir ces divers éléments, le conduiront souvent à la connaissance des causes de la maladie, en lui faisant connaître les influences diverses auxquelles a été soumis l'enfant malade.

Santé de l'enfant à sa naissance. — Accidents relatifs à la mère, mais surtout à l'enfant, qui l'ont accompagnée. — Est-il élevé au biberon ou au sein ? — Quelles sont les qualités du lait de la nourrice, qu'elle soit ou qu'elle ne soit pas la mère de l'enfant?

L'examen du lait de la nourrice est tellement important pour la santé de l'enfant, que nous ne saurions assez insister sur la nécessité pour tout médecin de s'habituer à en reconnaître les qualités.

Déjà M. le docteur Donné a traité dans cette Revue l'importante question des rapports existants entre la composition du colostrum chez les femmes pendant la grossesse, et l'état de la sécrétion lactée après l'accouchement ; puis de la valeur des caractères

extérieurs pour juger les qualités des nourrices. M. Donné a parlé dans ce travail de l'influence du lait des nourrices sur la santé des enfants. Nous aurons occasion de revenir sur cette question, en considérant l'influence dela nourriture lactée sur la production des maladies.

Dans quel état se trouve la dentition? ses accidents?— Quel est le développement de l'enfant?— Quelle est sa constitution organique?— Présente-t-il les signes de quelque affection générale, constitutionnelle (syphilis, scrofules, rachitisme, etc.).— A-t-il été vacciné?—A-t il eu quelqu'une des éruptions qui se montrent surtout chez les enfants?—Eruptions du cuir chevelu?—A-t-il eu des convulsions? a-t-il rendu des vers? — A-t-il déjà fait quelque maladie?

Dans l'examen de l'*état actuel*, il est certaines particularités qui doivent être notées spécialement auprès des enfants malades, parce que des maladies spéciales à cet âge en font un précepte. Tels sont par exemple, le volume de la tête (hydrocéphale), endurcissement du tissu cellulaire, cyanose (persistance des ouvertures fœtales), caractères des matières fécales plus tranchés chez les enfants que chez les adultes, etc., etc.

Après ces questions, en quelque sorte spéciales pour l'enfant, le médecin procédera pour le reste comme s'il s'agissait d'un adulte.

Telles étaient les particularités qui devaient faire le sujet de ces études préliminaires avant de commencer la clinique des enfants nouveau-nés : ajoutons, avec M. Valleix, que pour le médecin de l'enfant, il y a nécessité, comme pour le médecin de l'adulte qui a perdu le libre exercice de ses facultés intellectuelles, de faire l'examen du malade, avec la même rigueur, à toutes les visites. S'en rapporter à l'observation des personnes qui soignent l'enfant, c'est s'exposer à ignorer, soit les progrès du mal, soit le développement de nouvelles affections.

Quelques essais seulement, et bientôt l'habitude rendra ce

mode d'examen facile et prompt à ceux-là même qui seraient tentés de lui reprocher d'être difficile et trop long.

Avant de commencer dans le prochain cahier la clinique des nouveau-nés, dont nous puiserons surtout les éléments à l'hospice des Enfants-Trouvés, nous terminerons ces études préliminaires par un dernier article, où nous parlerons rapidement des principales circonstances dans lesquelles se rencontrent le plus habituellement la plupart des phénomènes que nous avons énumérés dans les deux temps de l'examen. J'ai pensé qu'au lieu de disséminer ces exemples dans le courant de ce travail préparatoire, il était mieux de les grouper, pour résumer ces études en les complétant. Nous aurons ainsi donné, par quelques généralités, un aperçu rapide de la symptomatologie dans la première enfance. L'espace nous manque pour donner place aujourd'hui à ce complément.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — SERVICE DE M. GUERSANT FILS.

Observation de céphalœmatome traumatique, développée sur un enfant de 3 ans; par F.-L. TAVIGNOT, interne.

N'est-ce pas trop abuser de l'analogie et du rapprochement que de désigner sous ce nom un état pathologique qui, par l'époque de son développement, sa marche, et quelques-uns de ses symptômes, diffère bien nettement de la maladie que Nægèle, Zeller, Hœre, Burchard, et dans ces derniers temps MM. Valleix, Baron, Moreau, Pigne, ont décrit sous le nom de céphalœmatome? Mais puisque nous avons fait tant que d'accepter cette dénomination pour titre de notre observation, il nous restera donc à la justifier, et c'est ce que nous essaierons de faire en

temps et lieu. Observons d'ailleurs ici qu'il nous était d'autant plus loisible d'en agir ainsi, que le mot de céphalœmatome n'ayant par lui-même aucune signification définitive, à supposer que nous nous soyons mépris sur la nature même de la maladie dont nous allons rapporter les détails, il ne serait nullement démontré qu'il fallût en changer le titre.

Observation. — Dans les premiers jours du mois d'avril 1841, est entré à l'hôpital des Enfants (salle Saint-Côme, nº 15), le nommé Ernest Armand, âgé de 3 ans : son père, de qui je tiens les détails qui suivent, m'assura qu'il était venu au monde convenablement conformé, et n'ayant à la tête aucune tumeur ou saillie anormale. Il paraît que, vers l'âge de deux mois, il tomba malade, présentant pour symptôme principal des mouvements convulsifs. Cet état maladif avait duré 20 mois. L'enfant fut mis en nourrice, où il paraît avoir été bien soigné; il en revint à l'âge de deux ans, ne prononçant aucun mot d'une manière distincte; sa marche était chancelante; son état d'idiotisme était tel qu'il ne reconnaissait pas même les personnes de sa famille. Vers le mois de mars dernier, il commença à maigrir notablement. Chez sa mère il était d'une irritabilité telle, qu'il se mettait en colère pour des choses insignifiantes.

Lorsqu'il fut revenu de nourrice, c'est-à-dire il y a un an, sa tête, quoique grosse, était normalement conformée. Il y a deux mois, l'enfant, qui était couché, fit une chute de son berceau sur le côté gauche de la tête, et c'est à cette époque que son père fait remonter l'apparition de la tumeur qui depuis lors s'est graduellement accrue. Deux ou trois semaines après la chute, elle égalait déjà le volume d'un œuf ordinaire, avec teinte *violacée* de la région frontale.

Le père me dit encore (je ne sais trop jusqu'à quel point je dois ajouter une foi entière à ce qu'il me dit avoir observé) que cette tumeur disparaissait presque complétement dans certaines

situations de l'enfant, dans le décubitus dorsal, par exemple, pour revenir quand il tombait ou se mettait en colère.

26 avril. Il existe encore, vers la région pariétale gauche, une coloration jaunâtre des téguments, coloration qui s'est graduellement étendue à la région mastoïdienne, frontale, et même jusqu'à la paupière supérieure. Nous avons eu là tous les degrés de l'ecchymose, circonstance qui milite encore en faveur de l'existence d'une chute antérieure.

Circonscrite d'abord à la région pariétale, la tuméfaction a bientôt fait des progrès vers les régions temporale et frontale ; de telle sorte qu'aujourd'hui elle arrive jusqu'à la ligne médiane, qu'elle ne dépasse pas. Cette tumeur est molle, pâteuse, fluctuante à son centre et rénitente seulement à sa circonférence, qui est d'ailleurs irrégulièrement circonscrite. Lorsqu'on presse fortement dans ce point, les téguments conservent longtemps encore l'impression du doigt, soit à la circonférence de la tumeur, soit à son centre. Il m'a toujours été possible de déprimer assez complétement le liquide qui la constituait pour sentir la paroi osseuse correspondante, reconnaissable à son poli et à l'uniformité de sa surface. Dans aucun point, il ne m'a été donné de constater quelque chose ayant même quelque analogie avec un bourrelet osseux périphérique. La tumeur n'est le siége d'aucune sorte de battement.

La tête, par suite de cette disposition, se trouve être très irrégulièrement conformée. Sa circonférence horizontalement prise au-dessus des oreilles est de 47 centimètres. Prise également au-dessus des oreilles, mais dans le sens vertical, la mensuration donne 27 centimètres.

L'état général offre beaucoup à désirer, le malade est pâle, chétif, cependant il n'a pas de fièvre, mange et digère bien.

5 mai. Le malade dépérit considérablement et s'affaiblit de plus en plus. La tumeur a fait des progrès dans tous les sens, mais surtout en avant et en arrière. Dans ce dernier sens elle arrive jusqu'à l'occipital, tandis qu'en avant elle a gagné tout le

côté gauche de la région frontale. La pression, dans ce point, donne la sensation d'une matière grumeleuse que l'on déplacerait avec peine, mais enfin que l'on peut déplacer, puisqu'il est possible de sentir la paroi osseuse du frontal. Au centre de la tumeur, au contraire, on perçoit la sensation d'une fluctuation bien manifeste; et il est encore plus facile d'arriver jusqu'à l'os par la pression digitale. L'enfant pousse d'ailleurs des cris aigus pendant ces différentes explorations.

La pâleur de la face est plus prononcée; la peau du front est tendue, luisante. Les gencives deviennent saignantes, fongueuses. Les dents paraissent s'altérer, surtout celles de devant. Le jeune malade ne mange plus; il maigrit tous les jours. L'aspect de sa physionomie a quelque chose de singulier et de bizarre, il y a dans ses traits une expression de vieillesse et de décrépitude, il est habituellement assez tranquille; seulement quand on l'aborde, il se met aussitôt à pousser des cris plaintifs.

3 juin. La tête, qui jusque dans ces derniers temps avait paru plus bosselée à gauche qu'à droite, paraît aujourd'hui uniformément développée; c'est assez dire que la tumeur a fait des progrès du côté droit; qu'en arrière de la tête, aussi bien qu'à son sommet et en avant, elle a dépassé la ligne médiane, de telle sorte, qu'actuellement il serait à peu près impossible de dire quel a été son point de départ, puisque la tête n'offre plus, à proprement parler, de bosselure prononcée.

La pâleur de la face, la faiblesse extrême et l'amaigrissement sont portés au dernier degré. Depuis huit jours, le malade a une diarrhée qui n'a pas cédé un seul instant... Aujourd'hui, pour la première fois, il fut pris de vomissements et succomba dans la soirée.

Autopsie. — Les téguments crâniens, quoique considérablement amincis, n'offrent aucune lésion à noter. Les fibres du muscle occipito-frontal sont pâles, décolorées; l'ensemble du muscle a un aspect tout à fait membraneux. C'est vers le sommet de la tête que l'amincissement est le plus prononcé. L'incision faite dans ce point donne immédiatement issue à deux ou trois cuillerées de sérosite rougeâtre, circonstance qui rend parfaitement compte du sentiment de fluctuation perçu pendant la vie. Après avoir agrandi dans divers sens l'incision première, on découvre un vaste caillot sanguin, d'une consistance

assez prononcée, et comme une sorte de calotte recouvrant toute la voûte osseuse du crâne ; limitée seulement en avant par la voûte orbitaire, en arrière par l'occipital, et sur les côtés par les attaches elliptiques des muscles temporaux. Le coagulum sanguin est en rapport, par sa face profonde, avec le tissu osseux lui-même, tandis qu'en dehors il se trouve limité par le périoste décollé dans une grande étendue. Il est facile de saisir la raison anatomique qui fait que ce décollement n'a pas été porté plus loin ; ce sont les adhérences de ce périoste, en avant à l'arcade orbitaire, en arrière à la suture occipito-pariétale, et latéralement, l'adhérence plus intime, au niveau du point de jonction avec le périoste, de l'aponévrose temporale et des fibres d'insertion du muscle temporal lui-même.

Le périoste circonscrivant le foyer hémorragique ne présente rien de particulier à noter ; son aspect, sa consistance, sa coloration sont à l'état normal. Du côté de la paroi osseuse, je n'ai rien non plus à signaler ; le tissu osseux se présente à l'état normal. Aucun vestige de bourrelet osseux, ni d'aucune autre altération. Il est important, cependant, de tenir compte de la particularité suivante : sur toute la surface osseuse existe un pointillé sanguin très serré, c'est-à-dire que l'on voit sortir par tous les petits vaisseaux sanguins de la table osseuse, des petites gouttelettes de sang. Cette disposition est surtout très prononcée vers la bosse pariétale gauche. Le caillot lui-même était loin d'être homogène dans toutes ses parties, quoique celles-ci fussent partout continues. Considérée à sa face externe, la consistance du coagulum est à peu près la même, du moins je ne trouve pas de différence sensible. Il en est à peu près de même de la coloration ; je dois dire cependant que l'aspect fibrineux est plus prononcé vers la région pariétale gauche, point de départ de la maladie, que partout ailleurs.

Incisé verticalement, le caillot offre un aspect assez curieux. Ainsi il est facile d'y distinguer trois couches parfaitement isolées : l'une externe, fibrineuse, blanche-jaunâtre, et tendant déjà à prendre les caractères de l'organisation ; une autre, interne, diffluente, formée par du sang noirâtre, ayant la consistance d'une gelée de groseilles ; la troisième, enfin, ou celle qui était intermédiaire aux deux précédentes, participant à la fois aux caractères de l'une et de l'autre, c'est-à-dire ayant

une consistance plus grande que la deuxième, mais moins fibrineuse, et présentant une coloration encore rougeâtre, caractère qui ne se rencontrait plus dans la première. A droite surtout, vers le frontal et le pariétal, la couche interne était plus épaisse que partout ailleurs. Ainsi, tandis qu'à gauche l'épaisseur du caillot pouvait être évaluée à 2 centimètres, à droite il en avait plus de 3. Nul doute, d'après l'aspect du sang, que l'hémorragie la plus récente n'ait eu lieu du côté droit; et, abstraction faite de la marche et de la succession des symptômes, on pourrait les prévoir rien que par cette simple inspection: aussi n'ai-je pas cru devoir injecter les artères qui se rendent aux parties molles du crâne pour m'assurer de leur intégrité; le siége même de cette hémorragie et, de plus, cet aspect du caillot rendaient vraiment cet examen tout à fait superflu.

Il y aurait beaucoup de choses à dire à propos de ce fait particulier; je me limiterai cependant aux considérations suivantes:

1º Admise l'expression de céphalœmatome, comme synonyme de tumeur sanguine, sous l'influence de quelle cause celle-ci a-t-elle pris naissance? On s'accorde assez généralement à considérer le céphalœmatome comme le résultat d'une violence mécanique, d'une lésion traumatique enfin. Nægèle, par exemple, l'attribue à la compression que la tête du fœtus peut éprouver au passage. Le docteur Bardinet, croyant qu'il existe avant la naissance, s'est demandé si les coups, les violences extérieures, portés sur le ventre de la mère, ne pourraient pas le produire de toutes pièces (1).

Je me demande si ce fait particulier ne viendrait pas jeter quelque jour sur la nature même de la cause qui produit le plus souvent l'épanchement sanguin ostéo-périostal?

Pour mon compte, je ne doute nullement, d'après les renseignements fournis par les parents, que la chute faite par l'enfant n'ait été le point de départ de la maladie, sa cause déterminante, car la tumeur est apparue peu de temps après elle, et lors de son entrée, l'enfant présentait encore les traces d'une ecchymose assez récente.

2º Le mode de développement du céphalœmatome, et son

---

(1) M. Pigné l'a attribué à une rupture artérielle.

accroissement successif, n'a peut-être pas été encore suffisamment développé. On sait, en effet, que le plus souvent ce n'est guère qu'un ou deux jours après la naissance que l'on constate l'existence des tumeurs sanguines de la tête. Comment se fait-il donc que la cause morbide qui lui a donné primitivement naissance cessant d'agir, le développement de la tumeur n'en persiste pas moins? La raison, la voici :

La lésion première (dans notre cas particulier, la chute) a déterminé un décollement circonscrit du périoste, par conséquent la rupture des vaisseaux capillaires allant du périoste aux os du crâne, d'où une petite collection sanguine ; mais celle-ci tendra continuellement à augmenter de volume, alimentée qu'elle est par les vaisseaux sanguins qui, réduits à leur tunique interne, pour pénétrer dans le tissu osseux, ne jouissent plus d'une rétractilité aussi prononcée que les autres vaisseaux de l'économie, l'hémorragie augmentera donc. Mais bientôt les limites que lui assignait le décollement du périoste ne peuvent plus suffire; dès lors, par l'effort du sang, le décollement périphérique du périoste augmente. Or, de ce décollement nouveau, il s'ensuit l'ouverture de nouveaux vaisseaux capillaires, seconde source d'hémorragie qui, s'ajoutant à la première, doit rendre plus puissante encore l'action du sang, et produire dès lors un décollement plus éloigné.

Ainsi, on le voit, le décollement du périoste produit l'hémorragie, et l'hémorragie elle-même, par son abondance, ajoute au décollement du périoste.

Ce double mécanisme, bien propre à expliquer le développement des céphalœmatomes qui reconnaissent pour point de départ une cause traumatique, sera, je crois, saisi de tout le monde.

3° On se demande comment il se fait que la résolution de l'épanchement primitif ne se soit point effectuée sur un jeune sujet, où l'absorption est si active? Mais on s'en rendra parfaitement compte, en admettant, ce qui est très rationnel, que l'exhaguine était trop abondante pour pouvoir être contrebalancée par la faculté d'absorption.

4° Il est inutile d'insister sur tout ce qu'une pareille lésion avait d'insidieux pour le diagnostic. J'avoue franchement, pour

mon compte, que j'avais cru à l'existence d'un abcès symptomatique d'une lésion osseuse. Je pensais même que les points les plus périphériques de la collection, et qui étaient en même temps les plus déclives, étaient constitués par la partie grumeleuse et comme tuberculeuse de ces sortes d'abcès, tandis que le centre l'était par la portion séreuse. Mais ici, comme cela n'arrive que trop souvent, la nature s'est joué de notre raisonnement.

5° J'avoue que je ne trouve aucun rapport de causalité entre le peu de développement des facultés intellectuelles de l'enfant et l'existence de la tumeur sanguine. Je dois dire que le cerveau était convenablement conformé, et que nous n'avons rien trouvé à noter dans les autres organes.

6° La mort du jeune sujet me paraît s'expliquer assez naturellement par l'abondance même de l'hémorragie, surtout pour un enfant de cet âge et d'une aussi pauvre constitution.

REVUE HYGIÉNIQUE.

Régime des femmes enceintes.

Commençons par quelques généralités sur cette question. Pour établir des règles constantes relativement à la nourriture des femmes enceintes, il faudrait pouvoir envisager dans leur infinie variété les accidents de toute nature qui compliquent ou peuvent compliquer l'état de grossesse; c'est-à-dire qu'il faudrait prévoir et supposer tous les cas possibles. Nous nous bornerons à les comprendre dans quelques règles générales, laissant au médecin à suivre, dans une foule de cas variés, les indications actuelles.

La nourriture des femmes enceintes doit varier selon leur force, leur constitution, leurs habitudes, selon la nature de leurs incommodités, selon les époques de la grossesse, etc., etc.

Les aliments nuisibles de leur nature le sont surtout aux femmes enceintes : tels sont les aliments indigestes, échauffants,

irritants, diurétiques; ceux qui développent beaucoup de gaz; les viandes salées, fumées, les épices, etc.

Le trouble des fonctions étant progressif, l'organisme est préparé peu à peu aux modifications successivement plus profondes qu'il éprouve, et la santé de la plupart des femmes, pendant leur grossesse, ne s'éloigne pas assez de son état normal pour que le régime doive subir de notables changements.

Les femmes robustes, habituées à l'exercice et au travail, continueront l'usage d'aliments grossiers, pourvu qu'ils soient sains; celles qui sont délicates, l'usage des aliments succulents, en choisissant toujours les plus faciles à digérer. Si, dans quelques cas, il y avait nécessité de changer la manière de vivre des femmes enceintes, il serait dangereux de le faire brusquement. Si la femme usait, avant sa grossesse, d'une mauvaise alimentation, et que, devenue enceinte, elle voulût se nourrir d'une manière plus convenable, elle devrait encore le faire avec ménagement. Il faut aussi préparer la résistance que l'on veut qu'elle oppose aux appétits dépravés, pour ne pas les contrarier brusquement.

Celles qui ont des dégoûts, des nausées, et qui se sentent de la plénitude, doivent se soumettre à une diète modérée, qui ne puisse porter aucune atteinte à l'enfant; elles ne se contraindront point à l'usage des aliments pour lesquels elles ont du dégoût : dans ce cas, la nature indique souvent elle-même des aliments utiles : on remarquera les préférences qu'elle inspire à la femme, et l'on se fera une règle de suivre ces indications naturelles. Si elle éprouve de l'éloignement pour les viandes et pour tout ce qui provient du règne animal, elle choisira parmi les végétaux, non pas ceux qui seront les meilleurs, mais, comme le conseille Hippocrate, ceux qu'elle préférera, quelle qu'en soit la qualité. Ce n'est pas à dire qu'il faille céder à tous les caprices de la femme enceinte, mais seulement qu'il ne faut pas résister aux appétences qui ne sont pas évidemment nuisibles.

Le médecin devra chercher avec soin la cause des dégoûts, des appétits déréglés. Proviennent-ils de l'altération des sucs digestifs? il ne devra rien négliger pour ramener ces liquides à leur état naturel. Si l'on attribue les accidents à la présence de *glaires* dans les premières voies, on cherchera à les faire évacuer au moyen de laxatifs légers. Dans le premier temps de la grossesse,

les purgatifs irritants nuiraient au fœtus, et le feraient périr. S'il est des circonstances critiques où l'on soit obligé d'y avoir recours, c'est au médecin seul qu'il appartient d'en juger, sur des indications prises de la maladie, de ses symptômes, de ses causes, de ses dangers.

Contre les *acidités* de l'estomac, on emploiera les substances alcalines, l'eau de Vichy, les pastilles de Vichy, etc. Ces accidents ont-ils pour cause un changement survenu dans l'état des solides; par exemple, le ton des fibres relevé par l'irritation ou leur relâchement? Dans le premier cas, les délayants, les adoucissants, les tempérants; dans le second, les moyens tout opposés, mais avec ménagement, et d'après la cause bien connue du dégoût. Dans le cas de relâchement considérable des solides, on a conseillé d'assaisonner les aliments avec les aromates les plus doux, en petite quantité. Autrefois la cannelle était souvent mise en usage dans ce but. Employée avec prudence, elle ne produit jamais, dit Raulin, de mauvais effets.

La cause des accidents survenus dans les fonctions digestives est-elle le simple déplacement des organes? on cherchera pour la femme les positions les plus capables de rétablir artificiellement l'équilibre.

Quel que soit le dégoût des femmes enceintes pour les aliments, elles ne doivent point se mettre à une diète trop sévère. Les liquides de l'économie animale, lorsqu'ils ne sont pas réparés, renouvelés par une nourriture suffisante, subissent des modifications chimiques; bientôt ils se dépravent, et portent le trouble dans les fonctions.

Les femmes grosses, les fœtus, les enfants ne sauraient supporter l'abstinence; elle leur est nuisible, même dans leurs maladies, lorsqu'elle est portée trop loin, et surtout lorsque déjà la grossesse est avancée. Il faut de la part du médecin une attention toute particulière; il y a pour lui matière à des réflexions sérieuses pour la santé de la mère et de l'enfant, lorsqu'il est appelé à donner ses soins pour une maladie à une femme enceinte. Il ne s'agit pas ici de la manière de traiter la maladie en tenant compte de l'état de grossesse, il s'agit de la question hygiénique, il s'agit du régime qu'il devra conseiller dans ce cas : concilier la nourriture avec la maladie, et son traitement avec

les incommodités que la femme éprouve, la varier selon les symptômes, selon les indications qui se présenteront pour chaque malade, prendre conseil de l'expérience et des enseignements de la science, tels sont les devoirs du médecin dans ces graves circonstances. C'est tout ce que nous pouvons dire sur ce sujet, qui, pour être traité à fond, nous forcerait à franchir les limites de cette première série d'études hygiéniques, où nous n'avons en vue que les notions les plus élémentaires.

Ce qui vient d'être dit sur le régime, concerne tous les temps de la grossesse ; mais il est une différence à établir à cet égard entre le commencement et les derniers temps de la gestation. Lorsque le fœtus a acquis un certain développement, la mère doit lui fournir une quantité proportionnelle d'éléments nutritifs: elle ne peut donc jamais se soumettre aux rigueurs d'une abstinence prolongée, ou souvent renouvelée; c'est bien assez que la misère en fasse pour tant de pauvres mères une si désolante nécessité. Si, par un faux esprit de soumission aux règles de l'Eglise, une femme enceinte se condamnait à subir les épreuves du jeûne et de l'abstinence, aux jours où l'Eglise en fait un devoir, la Religion, dont l'esprit peu connu admet toute exception légitime que la science indique, serait la première à lui en faire un crime. La compression que l'estomac éprouve vers la fin de la grossesse, exige que la quantité suffisante d'aliments soit en quelque sorte fractionnée : peu à la fois et souvent.

Au commencement de la grossesse, au contraire, le fœtus n'a besoin que de peu de nourriture. Son développement se fait insensiblement; un suc nourricier trop abondant occasionnerait des engorgements dangereux dans ses organes imparfaitement développés. Le fœtus périrait ainsi par la surabondance des éléments destinés à favoriser son évolution régulière.

Telles étaient les généralités que nous avions à établir sur le régime des femmes enceintes. Nous ajouterons quelques mots sur les boissons et sur les substances médicamenteuses qui, mêlées aux aliments, peuvent les convertir en toniques, et donner aux femmes délicates et à leur enfant plus de force et plus de vie.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MÉDICALE.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.

Observation de ramollissement et d'hémorragie capillaire du cerveau, avec phlébite des veines superficielles de cet organe, par le docteur Ernest Boudet, interne (1).

Le 10 août 1840, Renouard (Marguerite), fille légitime, âgée de dix ans dix mois, entre à la salle Sainte-Catherine, n° 6, à l'hôpital des Enfants.

Sa mère est maigre, assez robuste cependant; elle a présenté depuis son enfance, jusque il y a cinq ans, des accidents nerveux fréquents; elle commençait par éprouver une syncope d'une durée assez courte et suivie, pendant dix minutes environ de mouvements irréguliers des membres, sans écume à la bouche; l'accès fini, elle ne se rappelait rien; elle était surtout sujette à des troubles nerveux pendant la durée de ses grossesses. Elle a eu dix enfants, et neuf fausses couches. Des dix enfants, cinq sont morts, avant quatre ans, d'affections cérébrales accompagnées de convulsions; des cinq qui restent, l'aînée est notre ma-

---

(1) Bientôt nous pourrons mettre à exécution notre projet d'une clinique régulière et complète, embrassant tous les cas indistinctement sous le point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, ce que nous ferons après avoir épuisé ce que nous avions à dire de plus essentiel sur les études préliminaires, ainsi que nous en faisait un devoir l'*esprit classique de cette revue élémentaire*. Nous continuerons cependant alors de satisfaire le désir que nous ont exprimé quelques-uns de nos lecteurs, en continuant de leur offrir au nom de MM. les internes, avec les détails aussi intéressants que complets, et les judicieuses réflexions dont ces praticiens savent les enrichir, les observations des malades qui auront fixé leur attention.

L'ordre méthodique des études graduelles que nous avons à observer, et d'autre part, la nécessité de reproduire les leçons des professeurs Trousseau et Guersant fils, et d'autres encore à l'avenir, éloignent l'époque où nous commencerons une série de monographies didactiques. Les leçons et les monographies ont une égale importance pour les praticiens : en effet, tandis que, d'un côté, celles-ci feront connaître l'état présent de la science sur chaque maladie que nous décrirons successivement de manière à composer un *Traité théorique*, de l'autre,

lade; la deuxième fille, âgée de huit ans, est sujette aux convulsions, a le crâne étroit en avant, et prolongé en arrière; les trois autres enfants vivants n'ont jamais eu de convulsions; ils n'ont pas été allaités par leur mère, et celle-ci n'avait plus d'accidents nerveux lorsqu'elle les a conçus. Le père est maigre, assez fort, très impressionnable, sujet de temps en temps à des crises consistant dans un délire farouche, pendant lequel il est exaspéré, méconnaît ceux qui l'entourent, et se livre à des actes de violence, ou à des syncopes suivies ou non de convulsions. La fille aînée, qui fait le sujet de cette observation, est née bien portante; sa mère n'avait éprouvé aucun accident pendant la grossesse; l'enfant n'a pas quitté Paris, où elle a toujours été logée d'une manière salubre. Quinze jours après sa naissance, elle est prise pour la première fois de convulsions dans les membres et la tête: celle-ci était ramenée sur les épaules, et les membres se tordaient en dedans et en arrière; chaque accès durait deux heures environ; il y en avait deux par mois à peu près, à des époques irrégulières; depuis deux ans jusqu'à quatre, les accès sont devenus de moins en moins fréquents. Depuis cette époque, ils ont continué à de longs intervalles qu'on n'a pu préciser.

---

les *observations* et les *leçons cliniques* indiqueront les progrès journaliers de la *science pratique*, dont elles seront toujours elles-mêmes les plus nouveaux documents.

C'est le désir de hâter ces progrès de la médecine clinique des enfants, c'est pour contribuer à la propagation de nos connaissances actuelles que nos confrères ont répondu avec tant d'obligeance à notre appel. Au nombre de ceux dont nous avons déjà mis à contribution le zèle et le talent, nos lecteurs verront aujourd'hui avec plaisir M. Boudet, dont l'Institut vient d'encourager l'esprit d'observation, en couronnant son travail sur l'épidémie de croup qu'il a observée à l'hopital des Enfants, avec un zèle infatigable, au moment où sa santé demandait le plus de repos. Notre bienveillant ami, le docteur Baron, tout entier aux fonctions qu'il est appelé à remplir comme chef de clinique auprès du professeur Fouquier, est forcé d'ajourner à quelques mois le moment où il se proposait de nous honorer de son concours. Fécondés par un esprit aussi pratique, les riches matériaux qu'il a puisés pendant son long séjour à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hospice des Enfants-Trouvés, seront pour les praticiens une source de précieux enseignements.

(*Note du rédacteur*).

Elle a été sevrée à deux ans; elle avait été allaitée par sa mère. Cette époque de l'allaitement, coïncidant avec la diminution des convulsions, est importante à noter, à cause de l'influence que la mère paraît avoir exercée sur l'état constitutionnel de l'enfant. A six mois, elle a eu un écoulement purulent par les oreilles; il a cessé de lui-même en quinze jours. Elle paraissait souffrir de la tête; elle a, pendant une grande partie de sa vie, été sujette à des pertes de sang par l'anus et à la diarrhée; le sang qu'elle rendait était peu abondant; elle avait aussi une chute du rectum; la hernie du rectum a été guérie il y a longtemps, on ignore l'époque juste. La diarrhée sanguinolente a persisté avec des alternatives de plus et de moins.

Elle a été vaccinée en bas âge; elle a eu une rougeole bénigne à cinq ans; elle avait eu avant la coqueluche, la gourme avec ophthalmie, pendant un temps indéterminé; depuis sa rougeole, elle n'a fait d'autre maladie. Elle est d'un caractère tranquille, lente, souvent de mauvaise humeur, ordinairement silencieuse, et gardant le repos; son intelligence est développée; elle est assez affectueuse; elle a un sommeil calme; on ne lui connaît pas de mauvaises habitudes. Soif habituelle, vive, appétit dépravé; elle n'aimait pas la viande, mais les fruits verts, les crudités; elle vomissait souvent après ses repas, mais jamais de bile. Il y a quatre mois qu'elle ne rend plus de vers; avant, elle en avait expulsé fréquemment par l'anus: c'était des lombrics.

Il y a cinq jours, le 5 août, elle allait bien, sauf un peu de relâchement du ventre; le 6, elle perd l'appétit, vomit quatre fois sans cause connue, et se plaint de la tête; elle ne garde pas le lit; elle dort mal la nuit, est plus triste qu'à l'ordinaire : aucun trouble cependant du côté du mouvement.

Cette nuit, c'est-à-dire du 9 au 10 août, elle n'a cessé de se plaindre de la tête; le matin, en se levant, elle se sentait faible; à dix heures, elle a cessé de pouvoir se tenir sur les jambes; il y avait surtout faiblesse du côté gauche; à quatre heures du soir, elle présente l'état suivant :

Elle est assez grande; ses membres sont peu charnus, la tête est volumineuse, carrée, le front développé, les yeux gros et saillants, gris; les cheveux et les sourcils peu abondants, la maigreur médiocre, la peau blanche et fine; la langue est plate, un peu sèche, recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais; soif

vive; anorexie; ventre non douloureux, assez développé; la peau paraît chaude, le pouls est régulier, vif, assez soutenu, à 130 environ: je dis environ, à cause des mouvements continuels de la malade.

La respiration est naturelle; il n'y a pas de toux; les deux membres gauches sont dans l'état suivant:

Le bras est le siége de convulsions fréquentes, irrégulières, l'avant-bras aussi; la jambe est étendue, non convulsive; la commissure est tirée en haut et à droite; l'œil droit est porté en dedans, le gauche restant immobile; la langue et la luette paraissent droites; la sensibilité est très faible dans tout le côté gauche du corps. Quand on pince la malade à la joue gauche, elle accuse une douleur dans le point précis qui a été touché; quand on lui pince le ventre, et qu'on lui dit de mettre la main non paralysée sur le point qu'on vient de pincer, elle la porte sur la poitrine; pique-t-on plusieurs fois le talon gauche, elle rapporte d'abord la douleur au bras gauche, les dernières fois à la cuisse, du même côté. L'œil gauche ne voit pas; il est insensible au contact du doigt ou d'une épingle; l'ammoniaque le fait fermer promptement; l'odorat est moins sensible à gauche qu'à droite; la langue est plus sensible aux saveurs à droite qu'à gauche; sa sensibilité tactile est également un peu faible de ce côté; ses mouvements ne paraissent pas altérés dans leur force; les pupilles sont égales, et présentent un diamètre de 4 millimètres chaque. La malade ne répond pas aux questions: elle paraît entendre; elle parle un peu pour se plaindre de sa tête; elle accuse de la douleur dans le front, du côté droit; la face n'offre pas de mouvements convulsifs; ils sont bornés aux bras et à la jambe, du côté gauche; les intercostaux ne paraissent pas troublés dans leurs fonctions, non plus que le diaphragme et les sphincters; la face est colorée, sans autre expression que celle de la souffrance; les yeux sont à moitié ouverts; le regard est sans expression.

La boule d'un thermomètre centigrade, placée dans la paume fermée de la main gauche, marque 36°; dans la droite, 37° 1/2; il n'y a pas de toux, il n'y en a jamais eu. A l'auscultation, peu de respiration au sommet du poumon droit, qui offre aussi un peu moins de son que le côté gauche. (Oxymel, 2 pots; 12 sangsues aux oreilles, 6 à chaque. Raser la tête, y appliquer de l'eau froide

en permanence; sinapismes aux jambes; lavement avec 32 grammes de sulfate de soude.)

11 août. Elle a eu deux selles la nuit en dévoiement; elle a été fort agitée; elle a crié et a eu des mouvements convulsifs presque continuels. Le matin, de temps en temps, mouvements convulsifs très brusques, toujours dans le côté gauche; elle fait la grimace quand on la pince à la jambe gauche; et si on lui demande où elle souffre, elle montre la fesse droite, et cela constamment (côté opposé); la pupille droite est plus large que la gauche. (12 sangsues à la tempe droite, frictions sur la tête rasée avec onguent napolitain, 15 grammes; diète.)

Sept sangsues seulement, celles placées derrière l'oreille droite, ont donné du sang; à gauche, elles n'ont pas pris.

12. Matin. Dans la journée du 11, elle n'a pas eu de mouvements convulsifs; le soir, il lui en est survenu pendant quelque temps, d'une demi-heure à une heure, dans la face (c'est la première fois), et dans les membres gauches.

Elle a crié presque toute la nuit, et n'a pas été un instant tranquille; le matin, 108 pulsations; moins de chaleur appréciable; elle voit assez nettement des deux yeux; elle ne souffre que du front, à droite; elle répond assez bien aux questions. (10 sangsues à la tempe droite; continuer l'onguent napolitain; eau froide sur la tête; lavement purgatif.)

Soir. La journée a été calme, sans convulsions ni plaintes; il n'y a pas eu de selles ni de vomissements.

Le pouls est à 92, régulier, assez fort. A six heures du soir, mouvements convulsifs, irréguliers, dans la face et les membres gauches: ce sont des secousses musculaires brusques, assez violentes, se produisant fréquemment; elle ne peut, de ce côté, exécuter aucun mouvement volontaire.

Elle voit bien des deux yeux; les deux pupilles sont égales; la sensibilité est rétablie à gauche; la malade, les yeux fermés, indique minutieusement le lieu où on la pince; elle accuse même un peu plus de douleur du côté malade que du côté sain; elle éprouve à la région lombaire, au niveau des vertèbres, dans un espace circonscrit, une douleur vive dont elle ne peut définir le caractère, et qui n'augmente pas par la pression. La partie correspondante, à l'extérieur, n'offre aucune altération.

Elle accuse aussi de la douleur dans la tête, mais c'est derrière

l'oreille droite; les jambes et les pieds, à gauche, sont douloureux : ceux-ci lui font éprouver la même sensation désagréable que si on en frottait rapidement la plante sur un corps dur et rugueux; l'intelligence est presque redevenue naturelle.

13. Matin. 88 pulsations seulement; la fièvre cesse; nuit tranquille; un peu de raideur du bras gauche seulement. (Emulsion; 15 sangsues à la tempe droite; lavement émollient; séton à la nuque.)

Soir. Dix sangsues ont pris; il a coulé environ 200 grammes de sang; le séton a été posé; une selle liquide à midi et à cinq heures; mouvements convulsifs de quelques minutes : elle est tranquille à six heures du soir.

14. Matin. Trois selles liquides; elle n'a pas dormi; 96 pulsations; la céphalalgie a cessé hier soir. Elle a faim; la langue est humide, la peau d'une chaleur naturelle; elle éprouve encore de temps en temps quelques secousses musculaires; elle souffre de la jambe gauche; pupille droite dilatée, 1 millimètre 1/2 de plus que la gauche. (Emulsion; lavement simple.)

15. Trois selles; sommeil calme; état général satisfaisant; face presque naturelle; réponses nettes. (Vessie d'eau froide sur la tête.)

16. Selles naturelles; la pupille droite reste dilatée; résolution à gauche, sauf quelques secousses rares dans les doigts, la jambe et la cuisse gauches. (Lait.)

17. Appétit naturel, les secousses continuent. (*Idem.*)

18. Elle ne souffre que quand on imprime à ses membres gauches des mouvements étendus et brusques; du reste, elle a bon appétit. (Soupe, bouillon.)

19. Matin. A 9 heures elle parle nettement, à 9 heures et demie elle ne peut plus articuler un mot; elle finit à force de sollicitations par produire des sons inarticulés, *errre*, *mrrre*. Le bras n'est plus résolu, non plus que la jambe; il est faible et maladroit; un quart d'heure après la parole revient, la malade dit qu'elle comprenait parfaitement les questions, que sa réponse était toute prête, que la langue se remuait bien, mais qu'elle ne pouvait articuler un seul mot. (Lavement purgatif, Sulfate de soude, 15 gr. Calomel, 60 centigrammes, en 4 prises. Sinapismes.)

Soir. Les deux prises de Calomel et le lavement ont été administrés; elle a eu deux selles liquides.

20. Il n'y a plus de mouvements convulsifs, la face est complétement droite, les membres gauches sont faibles et maladroits seulement; elle a eu quatre selles liquides.

Le matiu, douleur de tête à droite; le soir, bourdonnement dans les oreilles.

21. Chaleur à la tête, bourdonnement d'oreille des deux côtés; la température du cuir chevelu, mesurée à la partie supérieure et moyenne, à 8 heures du matin, donne 32° cent.

Une irrigation d'eau froide est pratiquée jusqu'au soir; à cette époque, la sensation de chaleur et le bourdonnement d'oreilles ont cessé.

22. Les irrigations ont été interrompues depuis la veille au soir; le matin, la chaleur a reparu, le thermomètre donne un degré de plus, appliqué sur le cuir chevelu, 33° cent. (On entretient en permanence les compresses d'eau froide sur la tête.)

23. Même état.

24. Elle va assez bien; il y a toujours un peu de chaleur le soir; mais il ne reste plus qu'une légère faiblesse du côté gauche du corps; l'intelligence paraît rétablie.

25. On cesse tout traitement; seulement on fait suppurer le séton.

26. Deux selles depuis hier.

27. Il n'y a plus qu'une très légère différence entre la force des membres gauches et celle des membres droits; mais il existe une particularité intéressante : je prie à plusieurs reprises la malade, à qui j'ai préalablement bouché les yeux, de placer sa main en l'air, tantôt près du bassin, tantôt près des épaules, quelquefois à une petite distance de ces parties, quelquefois à une grande, et la malade ne se rend qu'un compte très imparfait des positions qu'elle donne à son membre : ainsi elle le place plus haut, plus bas qu'elle ne croit le faire, et cela d'une manière constante. (Lavement émollient, quart d'aliments.)

29. Une selle liquide, mêlée à une petite quantité de sang rouge.

1er septembre. Elle a eu six selles liquides, non sanguinolentes, dans les 24 heures; le pouls est à 120, la peau chaude.

3. La diarrhée continue (3 selles); elle n'est pas accompagnée de douleur de ventre. (Riz édulcoré, un quart de lavement avec l'amidon, demie d'aliments.)

4, 5, 6, 7. Pas de fièvre, état général satisfaisant.

8. Hier au soir, elle a eu du malaise; elle a perdu l'appétit; elle a toussé un peu et a souffert à la tête quand elle toussait.

Le matin, peau chaude, 130 pulsations, toux assez fréquente; au niveau de la clavicule, dans une petite étendue, de haut en bas et en arrière, dans la fosse sus-épineuse, très peu de son; la respiration ne s'entend pas, en bas et du côté opposé la respiration paraît naturelle; l'œil droit est un peu tourné en dedans, le gauche est droit, les pupilles sont égales. (Manne édulcorée, avec sirop de gomme, lavement d'amidon, looch blanc.)

Le soir, la face est un peu altérée, le pouls très fréquent, la peau sans chaleur; la face est droite, le bras gauche et la jambe sont très faibles.

9. Abattement, pouls à 120, 30 respirations; la matité persiste; il y a de plus un peu de souffle bronchique au niveau de la clavicule, à droite et dans la fosse sus-épineuse; la face s'altère, la peau est sèche, sans chaleur.

10. La figure s'altère de plus en plus, la diarrhée persiste; il y a encore un peu de sang dans les selles; la toux est sèche, fréquente. (Lavement laudanisé.)

11. Faiblesse extrême: elle a perdu presque complétement la mémoire; il n'y a pas de souffle bien manifeste dans la poitrine, mais la respiration est très sèche et rude; il n'y a aucun râle.

12. Elle a lâché sous elle deux fois hier; l'amaigrissement est très prononcé, les forces abattues; elle paraît souffrir beaucoup, les yeux sont tournés en haut, la pâleur est extrême.

Elle meurt le 12 septembre, à 11 heures du matin, sans convulsions, dans un état de maigreur considérable, trente-trois jours après son entrée à l'hopital, trente-huit après le début probable de la maladie.

Autopsie.

L'autopsie est pratiquée le 13 septembre, vingt-deux heures après la mort, par un temps sec (44 à l'hydromètre de Saussure), assez chaud (17° cent.).

La maigreur est considérable; il n'y a pas de raideur des

membres ni de strabisme; les pupilles ont deux millimètres et demi de diamètre ; coloration verdâtre, très légère du ventre, en arrière du tronc ; quelques vergetures sur les côtés ; très petites taches, comme scorbutiques, sur la jambe gauche.

La température de l'abdomen (cavité) est de 18°, un de plus que l'air ambiant.

Le pharynx et l'œsophage sont parfaitement sains, pâles.

L'estomac renferme beaucoup de liquide ; aucun ramollissement ni injection, couleur rosâtre.

Le duodénum contient une matière d'un jaune clair ; il est sain.

L'intestin grêle est tapissé par des matières verdâtres, assez épaisses, sa muqueuse n'offre rien à noter dans le premier mètre; un mètre plus bas, première plaque de Peyer ; elle est rose, réticulée, à peine saillante ; elles vont en augmentant de dimensions, les dernières sont rouges, sans infiltration notable de liquide ; il y en a vingt-cinq.

Les follicules sont assez pâles, petits, un peu colorés près du cœcum; il y a aussi, dans le voisinage de celui-ci, quelques arborisations dans l'intestin grêle, mais sans ramollissement.

Le cœcum et le reste du gros intestin ne présentent rien à considérer jusqu'à 27 centimètres de la valvule iléo-cœcale; là, existe une végétation, du volume d'un gros pois, arrondie, adhérente par un pédicule court et grisâtre à l'intérieur ; à 20 centimètres plus bas, c'est-à-dire au milieu de la longueur de l'intestin, en existe une autre munie d'un long pédicule et double en volume ; enfin le rectum en offre deux : la première a le volume d'une grosse fève ; elle est enveloppée par une membrane lisse à l'intérieur ; elle offre un tissu rougeâtre assez mou, infiltré de sang ; à quelque distance au-dessous, j'en trouve une allongée, pisiforme, munie également d'un pédicule et de même structure ; enfin la dernière partie du rectum, celle qui avoisine l'anus, offre deux végétations pédiculées et trois non pédiculées, et quatre granulations arrondies ; celles-ci ont l'aspect de follicules hypertrophiées, et ne contiennent que peu de sang ; auprès d'une d'elles, existe une petite cicatrice blanche. Du reste, la muqueuse paraît saine ; elle n'est ramollie nulle part ; elle contient des matières demi-liquides et une demi-douzaine de vers trichocéphales.

Les ganglions mésentériques sont fermes.

Le foie est ferme, d'un rouge-violet, peu injecté, ses dimensions paraissent normales; la bile est épaisse, jaune d'ocre, homogène.

La rate est ferme, d'un rouge violet, peu volumineuse.

Les deux reins sont fermes, médiocrement injectés. Je ne cite pas la dimension des organes pour abréger l'observation.

Les ovaires ont 3 centimètres et demi de long ; ils sont mous, infiltrés d'un liquide séreux; ils renferment quelques petites cavités remplies d'un liquide louche.

La matrice et le vagin sont sains.

Le péricarde contient 8 grammes de sérosité citrine.

Le cœur paraît d'un volume normal : circonférence à la base, 14 centimètres; hauteur en avant, 7, en arrière, 6. Les parois du ventricule droit, 1 millimètre et demi; du gauche, 1 centimètre. Les cavités droites renferment 16 grammes de sang noir coagulé; les gauches, 8 grammes.

Aucune altération aux orifices, bonne consistance du tissu dans la veine-cave supérieure, sang noir coagulé et quelques concrétions jaunâtres.

Les plèvres sont saines; elles renferment un peu de sérosité.

Le poumon droit crépite presque partout, sauf dans son lobe supérieur, qui présente en haut et en avant un amas de granulations grises, opaques, quelques-unes avec quelques points noirs, les autres toutes noires ; elles sont denses et entourées de matière noire pulmonaire.

Le tissu du lobe contient, surtout en haut, une assez forte quantité de sang ; il est lisse à la coupe, friable; il ne surnage qu'à peine.

Le lobe moyen est sain, peu injecté, gris-rose.

Le lobe inférieur présente, en arrière, un engorgement sanguin assez considérable, sans friabilité; il n'y a pas d'emphysème ; à gauche, il existe au sommet deux petits amas de granulations grises, denses, analogues à celles du côté droit; il n'y a pas d'engouement autour. Le lobe inférieur crépite assez bien, sauf en arrière, où il offre la même altération que celui du côté opposé.

Les ganglions bronchiques ne renferment pas de tubercules.

Les bronches contiennent à peine du mucus; elles sont peu injectées à la base, non dilatées, saines; le larynx est sain aussi, comme la trachée.

La voûte du crâne est ossifiée partout; elle présente une forme irrégulière, le côté gauche du frontal est plus saillant que le droit; c'est le contraire pour l'occipital: ainsi le crâne, placé par sa partie antérieure verticalement et perpendiculairement à son axe sur un plan, ne repose que par une partie de l'extrémité gauche. Il existe entre le frontal et le plan un intervalle ayant la forme d'un angle à base tournée à droite, à sommet tourné à gauche, celui-ci répondant au point où le frontal touche le plan; pour l'occipital, ce serait l'inverse. Quelques adhérences de la dure-mère à la voûte du crâne; il n'y a pas de corpuscules de Pacchioni; la dure-mère est peu injectée; la cavité arachnoïdienne contient 15 grammes de sérosité trouble, grisâtre, un peu épaisse.

Le sinus longitudinal supérieur contient un caillot rougeâtre, adhérent, interrompu par une petite masse jaunâtre assez ferme, analogue à du pus qui aurait perdu sa fluidité; dans sa moitié postérieure, le sinus a le double de son diamètre habituel: il est rempli par un caillot rougeâtre, adhérent, du volume du petit doigt, et qui paraît formé de couches analogues, à du sang altéré et du pus entremêlés; il est grisâtre, diffluent et rouge-pâle par places irrégulières; la membrane interne du sinus ne paraît pas rugueuse après qu'on a détaché les adhérences.

Le sinus latéral gauche offre la même altération.

Les veines de la surface du cerveau sont la plupart distendues par la même matière friable, briquetée, mêlée à un liquide épais, jaune, plus consistant que de la crême, et offrant les caractères physiques du pus; les parois de ces veines sont dans plusieurs endroits bordées d'un ruban de matière friable, jaunâtre, comme albumineuse, placée sous la pie-mère.

Il y a presque partout adhérence intime de ce coagulum à la membrane interne des vaisseaux; ceux-ci, sur les parties latérales des hémisphères et à la base, reprennent leur aspect naturel et ne contiennent plus que du sang noir, coagulé, sans adhérences.

C'est du côté droit, et en arrière, que se présentent les veines les plus volumineuses renfermant la plus grande quantité de matière friable analogue à du pus concret.

C'est aussi de ce côté que l'exsudation qui environne les vaisseaux est le plus prononcée.

La couleur des membranes est, en général, un peu terne à la face supérieure: elles ont perdu un peu de leur transparence; elles sont notablement injectées, en haut, et surtout à droite et en arrière.

Les circonvolutions sont séparées en plusieurs endroits, surtout en arrière par des intervalles assez considérables, remplis de sérosité louche et un peu épaisse.

En pressant les circonvolutions, on sent, à droite et en arrière, une mollesse étendue au tiers postérieur du lobe dans ce point; les membranes sont adhérentes : on ne peut les détacher qu'en enlevant une portion de la substance corticale.

Le ramollissement occupe une longueur de 7 centimètres et une largeur de 8; elle commence à la scissure interlobaire et se prolonge en dehors et à droite.

En profondeur, il s'étend à 2 centimètres et demi, et dépasse notablement les limites de la substance grise; sa couleur est d'un jaune très faible généralement, sa consistance fort diminuée, un filet d'eau la réduit en bouillie; son aspect, celui d'un tissu désorganisé; on n'y voit plus de texture manifeste; il contient beaucoup de sérosité, est peu injecté, à peu près comme les parties voisines saines. A 5 centimètres en dehors de la scissure, existent à la fois dans la substance grise et blanche, deux sphères du volume d'une fève, revêtues à leur surface par une membrane lisse, comme séreuse, adhérente au reste du parenchyme par un pédicule assez épais; elles sont formées par un tissu qui rappelle le tissu cérébral par sa texture, mais infiltré de sang qui a perdu en partie sa couleur rouge pour en prendre une briquetée.

La consistance de ces petites sphères est à peine moindre que celle du tissu voisin, elles sont entourées d'une couche de sérosité jaunâtre, renfermée elle-même dans une fausse membrane lisse organisée. Au delà, le parenchyme cérébral offre, dans une petite épaisseur (3 à 4 millimètres), une couleur jaune d'ocre qui va en s'affaiblissant de dedans en dehors.

Au milieu des circonvolutions ramollies se présente une plaque violette: en l'examinant avec soin, on voit qu'elle s'étend jusque dans une anfractuosité; elle occupe toute la substance grise;

elle a environ 5 millimètres d'épaisseur et 1 centimètre et demi de hauteur; elle est formée par une infiltration de sang noir dans la substance corticale. La circonvolution a gardé sa forme, seulement elle est boursoufflée dans ce point; la pie-mère adhère un peu, il n'y a pas d'épanchement au-dessous d'elle; la couche immédiatement en contact avec l'infiltration sanguine est très légèrement ramollie, d'une couleur naturelle; les ventricules contiennent quelques grammes de sérosité louche, les parties centrales sont d'une consistance assez bonne; les deux substances sont médiocrement injectées, l'hémisphère gauche est sain. Les vaisseaux et membranes de la base sont sains, le cervelet aussi; l'arachnoïde spinale a une teinte opaline en arrière, en bas surtout, et présente un peu d'épaississement qui paraît récent, à en juger par le peu de consistance du tissu. Le liquide sous-arachnoïdien est un peu louche; il paraît plus abondant qu'à l'ordinaire (60 gr.).

En résumé, une fille de 10 ans, née de parents sujets à des accidents nerveux, surtout la mère qui, sur 10 enfants, en a perdu 5 avant 4 ans d'affections cérébrales, éprouve peu après sa naissance, pour la première fois, des convulsions qui vont en diminuant jusqu'à 4 ans, mais continuent ensuite à de rares intervalles; elle est sujette à une diarrhée sanguinolente et à des vomissements.

Le 5 août, vomissements, céphalalgie, fièvre. Le 10, hémiplégie gauche, incomplète; entrée à l'hôpital. Constitution lymphatico-nerveuse, amaigrissement, strabisme et convulsions du côté gauche, affaiblissement de la sensibilité et du mouvement du même côté; perte presque complète de l'intelligence. Les jours suivants jusqu'au 13, les convulsions continuent avec des alternatives d'augmentation et de diminution; il y a, de plus, de la douleur dans les membres gauches et un peu dans le rachis; la céphalalgie persiste, ainsi que la fièvre. Sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique et altérant, les accidents sont amandés, la fièvre s'apaise, il ne reste plus qu'un peu de faiblesse du côté gauche du corps et des secousses musculaires rares et faibles; la malade mange de bon appétit et a recouvré ses forces.

Le 10, perte subite de la parole pendant un quart d'heure seulement; les jours suivants, la céphalalgie reparaît, est elle com-

battue avec quelques soins par les irrigations froides; le 25, l'enfant entre en convalescence.

Le 8 août, malaise, fièvre, symptôme de pneumonie au sommet du poumon droit, affaissement, amaigrissement remarquable, décomposition des traits, et mort le 12 septembre.

A l'autopsie, émaciation assez considérable, tube digestif sain, sauf le gros intestin qui présente, disséminées, des tumeurs pédiculées; tubercules au sommet des deux poumons, surtout au droit; pneumonie au premier dégré du lobe supérieur du poumon droit.

Les deux lobes inférieurs présentent un peu de congestion sanguine sans friabilité; les sinus cérébraux renferment du sang coagulé et une matière analogue à du pus adhérent; les veines présentent, à droite surtout, des traces de phlébite; les membranes du cerveau et de la moelle sont épaissies par places et opaques.

Les circonvolutions, en arrière et à droite, présentent un ramollissement assez étendu, au centre duquel existent deux tumeurs infiltrées de sang jaunâtre, dépassant même les limites de la substance grise, pédiculées, enveloppées d'un kyste séreux: une circonvolution, au voisinage, offre une infiltration sanguine, récente.

La sérosité cérébrale, celle du rachis, est abondante, louche et un peu épaisse.

RÉFLEXIONS.

Cette observation, longue et compliquée, offre plusieurs remarques intéressantes à faire. Quand j'ai parlé des antécédents, on a sans doute été frappé, comme moi, de l'influence que le père et la mère, mais la mère surtout, de cette jeune, fille, paraissent avoir exercée sur elle et sur les autres enfants puisque, sur dix, six sont morts de convulsions : j'ignore à quelle maladie ont succombé les autres; mais la mère, de qui je tiens les détails que je viens d'exposer, m'a affirmé qu'ils avaient rapidement péri au milieu d'accidents convulsifs.

Quant à celle qui fait le sujet de cette observation, à peine si elle éprouve des accidents nerveux, qui continuent tout le temps qu'elle est allaitée par sa mère; mais, à peine sevrée, ils diminuent d'une manière remarquable. N'est-on pas porté à penser

que la mère, en l'allaitant, développait les germes de cette prédisposition aux maladies nerveuses qu'elle lui avait transmise en lui donnant la vie? Rien, à l'autopsie, ne nous explique ces mouvements convulsifs qui se sont renouvelés si longtemps. Même remarque pour la chorée, l'épilepsie, le tétanos, etc.; c'est ce qui prouve qu'au delà de ces altérations matérielles tangibles, il existe dans les centres nerveux des dérangements graves, encore dérobés à nos faibles moyens d'investigation. Il n'en est pas de même, à mon avis, des désordres qui ont éclaté dans les derniers temps, et qui ont déterminé la mort. Voici, suivant moi, comment se sont enchaînées les lésions que nous avons trouvées dans le cerveau : un ramollissement s'est manifesté d'abord, c'est lui qui a déterminé cette faiblesse progressive qui a fini par aboutir à l'hémiplégie. Je pense que ces altérations, dont les traces se sont montrées à l'autopsie sous forme de sphères infiltrées de sang (et ce sont des noyaux d'apoplexie capillaires), ne se sont développées qu'après le ramollissement, parce que, toutes les fois que j'ai trouvé l'apoplexie capillaire non compliquée d'autres lésions, elle a donné lieu à des symptômes subits de paralysie, ou à des convulsions; or, ici les lésions du mouvement ont été graduelles, comme on le remarque le plus souvent dans le ramollissement. D'ailleurs, si j'admettais que cette apoplexie a débuté la première, il me faudrait rapporter le ramollissement à la présence du sang épanché : or, je n'ai jamais vu, même après un temps plus long qu'un mois, une apoplexie capillaire aussi considérable, ni même une hémorragie en foyer, donner lieu à un ramollissement de cette étendue; cependant, pour moi, cette infiltration sanguine s'est développée peu après le ramollissement, car elle présente une fausse membrane organisée, qui donne à penser qu'elle existait depuis un temps assez considérable : preuve qu'elle datait déjà de loin. Sous l'influence d'un traitement énergique, les symptômes se sont améliorés, la congestion qui existait a probablement disparu; et dès lors la maladie, réduite à sa plus simple expression, dépouillée de ces accidents convulsifs qui annonçaient une irritation de la pulpe cérébrale, ne s'est plus manifestée que par une faiblesse du mouvement. Plus tard, tout à coup, perte de la parole : peut-être faut-il rapporter ce phénomène à la petite apoplexie capillaire récente que nous avons rencontrée, et qui, étant accompagnée de gonflement, a dû donner

lieu à quelques symptômes; peut-être faut-il l'attribuer à une congestion fugitive, peu importe.

Mais rapporterons-nous à la pneumonie commençante d'un lobe du poumon droit les symptômes graves qui ont marqué les derniers jours de la vie? cette altération des traits, cet amaigrissement profond, cette fièvre nerveuse qui se sont développés si brusquement, et qui ont amené la mort? Au premier abord, un examen superficiel pourrait faire penser que la pneumonie, qui s'est manifestée presque en même temps que la fièvre et les autres symptômes, leur a donné naissance; mais une phlegmasie pulmonaire au premier degré, bornée à un lobe, ne détermine pas des accidents aussi graves que ceux qui se sont manifestés; je crois que c'est à l'inflammation des veines cérébrales qu'il faut rapporter la prostration, l'affaissement, la décomposition des traits qui ont précédé la mort, symptômes qui se rencontrent, en général, quand il y a altération profonde des liquides.

Service des nourrices à l'hôpital Necker. — Leçons du professeur TROUSSEAU.

Il y a un an, un service de nourrices fut créé à l'hôpital Necker. M. le professeur Trousseau, chargé de ce service, a fait à ses élèves pendant l'année qui vient de s'écouler, un certain nombre de leçons cliniques où il a insisté surtout sur la thérapeutique appliquée. Cette considération suffirait à elle seule pour nous faire un devoir de les reproduire succinctement dans ce qu'elles ont de plus pratique. Nous ne procéderons point par ordre de leçons, mais par ordre de maladies; nous rapprocherons ainsi toutes les leçons qui ont été faites à des époques différentes sur un même sujet.

Dans ce compte-rendu, le lecteur ne trouvera point des observations détaillées, mais l'examen sommaire des malades, c'est-à-dire le simple énoncé de ce qu'ils auront offert d'assez remarquable pour servir de texte aux leçons du professeur. Nous aurons ainsi pour la médecine, comme pour la chirurgie, des groupes d'observations accompagnées de réflexions pratiques dont l'ensemble constituera un enseignement clinique régulier.

De la diarrhée chez les enfants à la mamelle.

Ire OBS. Enfant de 8 mois. Diarrhée aiguë, datant de 5 à 6

jours, avec fièvre et sans vomissements.—M. Trousseau pensant que, dans ce cas, le gros intestin était le siége de la maladie, prescrivit un lavement avec le nitrate d'argent. Ce moyen ne produisit aucune diminution dans les symptômes. Au sujet de cet insuccès, M. Trousseau fit remarquer que, toutes les fois qu'il s'agit d'une diarrhée aiguë s'accompagnant de fièvre, comme dans le cas présent, le résultat de l'emploi du nitrate d'argent est négatif. Dans ces conditions, les évacuants, et surtout l'ipécacuanha, font tomber la fièvre en 24 heures, et les selles deviennent naturelles.

2e Obs. Chez un autre petit enfant, actuellement dans la salle, vingt centigrammes d'ipécacuanha ont été administrés en deux prises à dix minutes d'intervalle : il y a eu cinq vomissements, et une seule fois on a changé les langes au lieu de 5 ou 6 fois. M. Trousseau donne la préférence à la poudre d'ipécacuanha, le sirop n'ayant rien de certain dans ses effets.

3e Obs. Dans les salles on a remarqué un troisième enfant de 9 mois, ayant la diarrhée, mais sans fièvre. Un lavement au nitrate d'argent fut donné et l'enfant ne fut changé qu'une fois dans la nuit.

Formule des lavements :

Nitrate d'argent	de 5 à 15 centigr.
Eau distillée	100 grammes.

Dans quelques cas on donne le nitrate d'argent en potion :

Nitrate d'argent	1 à 2 centigr.
Eau distillée	30 gram.
Sirop simple	30 gram.

A prendre 5 à 6 cuillerées à café dans les 24 heures.

Si la diarrhée est due au relâchement de la muqueuse intestinale, M. Trousseau, au lieu du nitrate d'argent, emploie la poudre d'yeux d'écrevisses, le sous-nitrate de bismuth, l'extrait de cachou (15 centigram. de ces médicaments).

Si la constipation est dangereuse chez les enfants qui font leurs dents, parce qu'elle rend plus faciles les congestions sur les divers organes, la diarrhée n'est pas moins dangereuse. Dans le premier cas, entretenir la liberté du ventre ; dans le second cas, si la diarrhée date déjà de 7 à 8 jours, si la matière est verte, et présente des flocons semblables à l'albumine coagulée, il faut chercher à la supprimer.

4e Obs. En parlant d'un enfant chez lequel il avait fait cesser, par l'ipécacuanha, une diarrhée abondante, le professeur fit remarquer qu'il restait chez cet enfant un symptôme qu'il regardait comme très grave. Lorsqu'on l'agace, dit-il, il s'impatiente, il crie, mais il ne pleure pas. Les larmes sont, chez les enfants, un signe de la plus grande valeur. « On vous consulte pour un enfant qui ne pleure pas, craignez, dit le professeur, car il est

menacé d'une affection grave. Si l'on vous présente, au contraire, un enfant atteint d'une fièvre très intense et qu'il pleure, votre pronostic devra être favorable». M. Trousseau ajoute que les médecins des hôpitaux d'enfants auxquels il a fait part de cette remarque, en ont reconnu l'exactitude. L'enfant dont il s'agit n'avait plus sa diarrhée, il ne conservait que peu de fièvre et cependant il fut tenu à la diète lactée, en attendant le retour des larmes. M. Trousseau portait donc sur cet enfant un fâcheux pronostic, fondé uniquement sur l'absence des larmes. Son pronostic s'est confirmé, et cet enfant qui, à son entrée, n'avait vomi qu'une ou deux fois et avait trois ou quatre selles par jour, dont la respiration était bonne, qui n'avait pas de fièvre, cet enfant présenta bientôt tous les signes du ramollissement de l'estomac : aspect d'un cholérique, mâchonnement continuel, altération profonde des traits, dépression du ventre, etc.

A propos de cet enfant, M. Trousseau parla de la diarrhée chez les enfants qui font leurs dents. C'est, dit-il, une erreur très grave que de croire, selon le préjugé généralement répandu, qu'il faut laisser la diarrhée aux enfants qui font leurs dents. Quand Sydenham a dit que le dévoiement dans la dentition est une chose utile, il ne voulait pas parler de toute la durée de la dentition. Il n'a pu commettre une pareille erreur; il parlait seulement du temps nécessaire pour l'éruption d'une dent. Il est très bon pour un enfant d'avoir de la diarrhée un ou deux jours avant l'éruption d'une dent, mais une diarrhée qui persiste tout le temps de la dentition est nécessairement funeste. Il arrive, dans ce cas, pour l'intestin ce qui se fait à la peau lorsqu'elle est le siége de quelque émotion. Par exemple, en été, lorsque les enfants jouent beaucoup, ils transpirent abondamment; les urines et la perspiration pulmonaire et intestinale diminuent alors, la peau se congestionne (érythème et plus souvent miliaire au creux des aisselles, aux cuisses, au cou, etc., mais sans accidents fébriles), parce que la dépuration, au lieu de se faire par plusieurs émonctoires à la fois (peau, poumon, intestin, vessie), ne se fait que par la peau; d'où une surexcitation qui donne lieu à des éruptions diverses. Le même phénomène se passant dans l'intestin, il y aura augmentation de sécrétion, qui de physiologique deviendra d'autant plus promptement pathologique que la membrane muqueuse sera elle-même plus irritable. Si alors, on irrite encore l'intestin par des aliments, si le froid vient empêcher la perspiration cutanée, la membrane muqueuse intestinale irritée s'enflamme, se ramollit et l'enfant meurt.

De la diarrhée légère nous sommes passés par transition brusque au ramollissement de la membrane muqueuse intestinale. L'enseignement général que nous devons tirer de ce fait, c'est que la plus légère diarrhée doit éveiller, dans l'esprit du praticien

qui a besoin de tout prévoir, toute la série d'états pathologiques dont elle peut être le signe, soit actuel, soit avant-coureur, jusqu'au ramollissement de la membrane muqueuse, et qu'il ne faut rien négliger pour prévenir ces accidents en combattant la diarrhée ; mais chez l'enfant dont il s'agit, le dévoiement s'était arrêté, les vomissements avaient cessé et cependant l'issue fatale n'en a pas moins eu lieu. La diarrhée guérie, le mal profond subsistait, et il ne put échapper, quant à sa présence, à l'observation pénétrante du professeur Trousseau, et cela d'après un seul signe négatif, l'absence des larmes, joint il est vrai à deux autres signes, savoir : aux cris de l'enfant, et à l'expression de la douleur empreinte sur sa figure. Mais quel était ce mal profond ?

Il n'est pas toujours facile, dit le professeur, de distinguer, chez les enfants, l'entérite simple du ramollissement de la muqueuse intestinale : cependant, il arrive une époque où l'on ne peut pas les confondre.

Au début, diarrhée verdâtre, glaireuse, albumineuse ; dans la partie liquide des selles on voit le caséum du lait, qui n'a subi aucune altération par les fonctions digestives. Ces signes appartiennent aussi bien à l'entérite qu'au ramollissement, mais le ramollissement se reconnaît bientôt à des signes qui surviennent tout-à-coup : altération profonde des traits, yeux caves, joues creuses, mâchonnement continuel, langue pâle, sécheresse du palais, selles aqueuses, légèrement verdâtres, ayant l'aspect d'une solution de sulfate de fer, ne contenant plus de grumeaux, mais seulement du mucus verdâtre ; vomissements de toute matière ingérée, même de l'eau sucrée ; ballonnement du ventre d'abord, puis affaissement ; enfin émaciation tellement rapide que l'enfant n'est plus reconnaissable quelques heures après qu'on l'a vu.

Dans l'entérite, l'enfant conserve son embonpoint, et les symptômes ne s'aggravent pas ordinairement d'une manière aussi rapide ni aussi désespérante.

A l'autopsie du petit malade qui a fait le sujet de cette leçon, on ne trouva rien dans le cerveau, ni dans le poumon. Le tube digestif offrait des altérations curieuses : la muqueuse de l'estomac dans la partie supérieure, non déclive, présentait une rougeur comparable à celle d'une gelée de groseilles peu colorée et cependant transparente, rappelant la couleur de l'érysipèle ; dans sa partie déclive, vers le grand cul-de-sac, elle était décolorée, macérée par le liquide qu'elle contenait ; épaississement considérable de cette membrane. Duodénum sain. Muqueuse de l'intestin grêle pâle, un peu ramollie. Dans le gros intestin, ulcérations nombreuses, toute la muqueuse ramollie, diffluente comme du mucus.

Y avait-il là, a dit M. Trousseau, une inflammation gélatini-

forme de l'estomac, plutôt qu'un ramollissement? Nous ne le pensons pas. Dans l'inflammation gélatiniforme, cette membrane est plus épaisse qu'à l'ordinaire, mais non colorée (Breschet, Cruveillier, Billard). Elle a une épaisseur considérable, mais elle est en même temps colorée en rouge. Cette maladie aurait plusieurs degrés dont celui-ci serait le premier. Le second se caractériserait par la destruction complète de la muqueuse et par sa transformation en une espèce de gélatine.

Docteur V. L.....

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.

Leçons de M. GUERSANT fils sur les maladies des voies urinaires, par le docteur VANIER.

Calculs de la vessie.

Notre intention n'est pas de passer aujourd'hui en revue toutes les maladies des voies urinaires, qui se sont présentées, dans le courant de l'année, dans le service chirurgical de l'hôpital des Enfants, et qui ont donné lieu à des leçons fort intéressantes de la part de M. Paul Guersant. Nous n'en renions pas la dette à nos lecteurs; mais pour l'acquitter, nous attendrons que de nouvelles observations nous permettent de composer un plus grand nombre de groupes. Nous nous bornerons pour aujourd'hui à reproduire les leçons de M. Guersant sur les cas assez nombreux de calcul dans la vessie, que nous avons observés cette année dans son service. On verra que l'étude de cette affection chez les enfants présente un intérêt particulier. A la question des calculs vésicaux se rattachera celle de l'affection connue sous le nom de *plaques calcaires* dans la vessie, et que M. Guersant a déjà observée trois fois chez les enfants.

Nous ne chercherons pas à rapprocher ici les faits pour les comparer entre eux, et en faire ressortir les analogies et les différences. Ce serait vouloir trop tôt généraliser. Nous nous bornerons à reproduire, par ordre de dates, les faits accompagnés des réflexions cliniques du professeur.

Si les maladies des voies urinaires sont, en général, moins fréquentes chez les enfants que chez les vieillards, il faut en excepter

cependant l'affection calculeuse qui, dans le jeune âge, à l'hôpital des Enfants, est aussi fréquente que chez les vieillards; à Bicêtre, dans l'espace de deux ans et demi, nous avons observé, a dit M. Guersant, dans une de ses premières leçons, vingt-quatre cas de calcul de vessie, et à l'hôpital des Enfants, depuis un an, nous en avons rencontré douze.

Calcul vésical. Diagnostic douteux pendant plusieurs mois. Uretrotomie. Angine. Mort.

Au 21 janvier de cette année, était couché, au no 30 de la salle Saint-Côme, un garçon de 14 ans, d'une intelligence très développée, d'une bonne constitution. Depuis 3 ou 4 ans, ce malade est sujet à des douleurs de reins, s'irradiant dans les aines, augmentant surtout par la marche. Il y a 5 mois, douleurs subites et vives aux aines, aux lombes, dans le bas-ventre, avec démangeaisons au gland. Un jour il lui fut impossible d'uriner; des bains fréquents améliorèrent son état. Depuis cinq mois qu'il est dans cet hôpital, l'urine qui, d'abord, était projetée à une distance convenable, ne coule plus que goutte à goutte. De temps en temps elle reprend son jet naturel. Il y a 15 jours, il a uriné un peu de sang pur. Depuis son entrée, il offre tous les symptômes rationnels de la pierre, si ce n'est que le volume de la verge n'est pas augmenté et qu'il n'éprouve pas le besoin de la tirailler. Les douleurs qu'il ressent ne sont pas continuelles. Il éprouve depuis longtemps de la douleur toutes les fois que le besoin d'uriner se fait sentir et qu'il satisfait ce besoin. Dans sa leçon du 21 janvier, M. Guersant disait: Les moyens de diagnostic les plus minutieux n'ont pu nous faire préciser une altération soit de la vessie, soit des reins. La sonde employée à plusieurs reprises, dans toutes les positions, au moment même où l'enfant expulsait les urines, n'a pu nous faire découvrir un calcul. Les urines ne présentant pas de dépôt, on ne peut pas songer à un catarrhe de la vessie. Pas de douleur dans la région des reins, il n'y a donc pas à penser à une affection de ces organes. Que faire au milieu de tous ces résultats négatifs? Tout en conservant une arrière-pensée à cause de l'existence des signes rationnels de la présence d'un calcul, et malgré l'absence du signe pathognomonique de cette affection, M. Guersant, dans la nécessité d'agir, s'arrêta à l'idée d'une affection nerveuse de la vessie. Les moyens qui furent employés dans cette hypothèse et toujours sans succès, furent deux applications de sangsues au périnée, le camphre en lavements (pendant huit jours, l'enfant prit tous les jours un quart de lavement avec deux décigrammes de camphre et quatre gouttes de laudanum), la pommade de belladone en frictions sur le périnée, l'introduc-

tion de bougies enduites de cette pommade, pendant 8 jours, le matin, et laissées pendant dix minutes dans le canal, la sonde à demeure, les injections narcotiques faites avec la décoction des feuilles de belladone et de morelle, vésicatoires volants sur l'hypogastre, eau de Vichy, bains ordinaires, bains sulfureux, vésicatoires saupoudrés d'un quart de grain d'hydrochlorate de morphine. Pendant quelque temps, soir et matin, deux pilules de Méglin, qui occasionnèrent des coliques fréquentes. Chacun de ces moyens a été tour à tour employé pendant 8, 10, quelquefois 12 jours, sans qu'il en soit résulté le moindre soulagement. Dans l'impossibilité de constater la présence d'un calcul, on attendait toujours, dans l'espoir de voir enfin réussir les moyens employés contre l'affection nerveuse.

Le malade n'éprouvait aucune altération dans sa santé générale.

Le 27 janvier, il accuse de la douleur du côté des reins. Le 29, il ne peut uriner que goutte à goutte et avec de grandes souffrances. On pense que cette strangurie pourrait être causée par l'action du vésicatoire non camphré.

Le 4 février, M. Guersant annonce que le diagnostic d'une affection nerveuse de la vessie (spasme du col), déjà fort douteux se trouve encore ébranlé par les accidents constatés actuellement. Le malade ressent de la douleur au bout de la verge en urinant, au commencement et à la fin et pendant l'émission des urines. Nous sommes portés à penser, disait M. Guersant, qu'il existe un petit calcul qui nous échappe. Ce jour-là, le chirurgien essaya de sonder le malade avec l'instrument lithotripteur, afin de mieux sentir le calcul s'il existait, et dans l'intention de le broyer immédiatement s'il venait à se placer entre les branches de l'instrument ; mais l'instrument ne put franchir le méat urinaire.

Vers le 18 février, tout à coup rétention d'urine, ischurie complète qui fait beaucoup souffrir le malade. M. Guersant le sonde et reconnaît, vers la partie bulbeuse de l'urètre, la présence d'un petit calcul qui tend à s'engager de plus en plus dans le canal. Il est trop petit pour que l'on songe à pratiquer la taille et d'ailleurs, dans les cas analogues, on voit ordinairement le petit calcul s'engager jusqu'au méat urinaire et alors être expulsé par les efforts que le malade fait pour uriner. Il y a donc, ajouta le professeur, indication d'attendre en projetant d'essayer la lithotitrie, si notre espoir venait à être trompé. On donnera des bains au malade.

Le lendemain le calcul s'engagea de nouveau dans l'urètre. Au moment de la visite, il est arrêté à la région prostatique. La vessie est fortement distendue et fait saillie au-dessus du pubis. On sent, en arrière des bourses et dans le canal urétral, un petit

noyau dur, qui paraît être le calcul lui-même. Le jour suivant, il s'est avancé jusqu'au niveau de la symphyse pubienne. Le malade souffre beaucoup, mais il urine. M. Guersant pense qu'il faudra bientôt agir, et il songe à extraire le calcul en se servant de la curette articulée de M. Leroy-d'Etiolles. Il prescrivit de continuer les bains et les boissons diurétiques, et dit qu'il reviendrait à 4 heures du soir, dans le but d'agir si le calcul n'était pas expulsé. Mais, deux ou trois heures plus tard, l'état du malade devient plus grave, il est pris de mouvements convulsifs. Les douleurs se propagent dans toute l'étendue de l'urètre.

L'interne, M. Tavignot, pense qu'il est urgent d'extraire le corps étranger. Les essais, le plus attentivement combinés de sa part, pour l'extraire par la voie naturelle, sont infructueux. Plusieurs fois, avec de petites pinces, il put saisir le calcul, mais toujours d'une manière insuffisante; ces tentatives durèrent une heure entière; enfin il parvint à attirer le calcul jusqu'à la partie antérieure des bourses. Il fut impossible de le faire avancer davantage. Il se décida alors à lui ménager une issue au moyen d'une boutonnière qu'il fit en avant des bourses. Il put ainsi facilement extraire le calcul qui était rugueux, allongé, de la grosseur d'une petite amande. Immédiatement après, un bain d'une heure et demie. On place une sonde dans l'urètre, et l'on panse la plaie simplement. Le lendemain, l'urine passe un peu par la plaie. Moins de douleurs à l'hypogastre et aux reins; cependant la nuit a été mauvaise. Bain prolongé, soulagement.

Quelques jours après cette opération, infiltration non urineuse, mais seulement œdémateuse de la verge et du scrotum causée par le retrait en arrière du prépuce (paraphymosis) qui produit un étranglement. Signes d'inflammation autour de la plaie. Douleurs vives en urinant, causées par le passage de l'urine à travers l'ouverture. Chez les enfants les bourses s'infiltrent facilement, dit le chirurgien. Débridement du paraphymosis; amélioration. Bains émollients; deux jours après, nouveaux débridements. Une ligne circulaire de sphacèle existe dans le bourrelet formé par le prépuce. Deux jours plus tard, odeur de la gangrène. La sonde, qui avait été établie à demeure pour favoriser la guérison de la fistule, a été supprimée parce qu'elle irritait le malade. Huit sangsues à l'hypogastre, pour combattre les douleurs qui se manifestent dans cette région.

Le 3 mars, l'état général est satisfaisant ; pas de réaction ; mais le jeune malade conçoit de l'inquiétude. Il éprouve au toucher un peu de douleur dans la région inguinale droite. La tuméfaction des bourses a diminué, tandis que celle du prépuce et de la verge vont en augmentant. Deux jours après, nouvelle tuméfaction des bourses ; quelques jours plus tard, gangrène de la verge qui est contournée sur elle-même. Le gland est affaissé,

grisâtre, le scrotum phlegmoneux. On saupoudre toutes les parties avec la poudre de quinquina.

Dans la journée du 8 mars, mal de gorge, lèvres sèches, croûteuses, ganglions cervicaux engorgés. Larges plaques blanchâtres sur les tonsilles, avec apparence d'ulcération de ces organes; cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; gargarisme aluminé. Verge noirâtre, gangrenée, douloureuse. Le 9 mars, aphonie complète, gêne de la déglutition, respiration difficile, surtout dans l'inspiration. A l'arrière-gorge, détritus gris-noirâtre, au milieu duquel il n'est plus possible de distinguer les amygdales, le pilier, etc. On ne voit plus de fausses membranes. Frictions mercurielles autour du col; gargarisme avec acide chlorhydrique. Le 10 mars, vers trois heures du matin, gêne plus grande de la respiration, anxiété extrême; vers cinq heures, asphyxie imminente, perte de la voix complète. Le sifflement laryngo-trachéal, quoique peu prononcé, s'entend également dans l'inspiration et dans l'expiration; dyspnée de plus en plus grande. Cependant le faciès n'est pas sensiblement altéré. Pouls presque normal, intelligence bien conservée; rien de nouveau du côté de la gorge (Tartre stibié, 0,10 centigrammes, à prendre par verres dans de l'eau tiède). Après la visite, la dyspnée augmente encore. A ce moment, M. Tavignot, sur le point de pratiquer la laryngo-trachéotomie, en fut détourné en considérant l'état avancé de l'asphyxie et les lésions si graves des parties génitales. D'ailleurs, l'enfant refusait, avec une ferme résolution, toute espèce d'opération. Il mourut à dix heures du matin.

Autopsie. A l'arrière-gorge, détritus noirâtre très prononcé, commençant à la base de la langue, dont les papilles sont considérablement hypertrophiées. Orifice supérieur du larynx tapissé de couches épaisses, d'apparence fibrineuse, qui se détachent avec assez de facilité. Les concrétions paraissent assez considérables pour avoir dû obstruer presque complétement l'orifice du larynx. Face interne des deux amygdales grisâtre et comme détruite. La glotte a ses dimensions naturelles; au-dessous d'elle existe une petite fausse membrane déjà détachée en partie, teinte de sang en certains points. Rougeur très prononcée dans toute l'étendue de la trachée-artère, jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. Poumon gauche sain. Dans le poumon droit, surtout à la partie inférieure, noyaux d'engorgements sanguins, séparés les uns des autres par des parties saines du tissu pulmonaire. Parmi ces nombreux noyaux d'engorgements sanguins, il y en avait de gros. Le parenchyme pulmonaire n'est plus crépitant; il tombe au fond de l'eau.

Appareil génito-urinaire. — Les bourses sont d'une teinte noirâtre, mais sans odeur caractéristique. La peau étant incisée,

au lieu de trouver, comme on s'y attendait, une infiltration purulente du tissu cellulaire du dartos, on n'a trouvé que du tissu comme lardacé. Une altération semblable donnait à la verge le volume et la forme que nous avons décrite. La boutonnière faite à l'urètre, semblait agrandie par une perte de substance faite aux dépens des bords de cette solution de continuité. La muqueuse de l'urètre n'offrait pas de traces d'une notable phlegmasie. Épaississement des parois de la vessie, qui présente vers son bas-fond une plaque rougeâtre de la largeur d'une pièce d'un franc. Rien ailleurs.

Il est bien rare qu'un calcul reste aussi longtemps caché, malgré les recherches le plus habilement pratiquées pour le découvrir. Comment expliquer ce fait? Avant d'avoir senti la pierre, M. Guersant avait dit, d'une manière générale, qu'un petit calcul peut échapper aux manœuvres les plus habiles; et remarquons ici que, dans ce compte-rendu, le lecteur trouvera la relation d'un cas bien propre à confirmer cette vérité : c'est celui d'un enfant qui se présenta à la Pitié avec tous les symptômes de la pierre. Le chirurgien ne trouvant pas la pierre, renvoya l'enfant, qui, deux ans plus tard, vint à l'hôpital des Enfants, où M. Guersant decouvrit le calcul. Revenons à notre malade. M. Guersant ajouta que, chez les vieillards, le calcul peut se cacher derrière la prostate; mais que, chez un enfant, il fallait supposer, ou qu'il était caché dans un pli de la muqueuse, ou que peut-être il avait séjourné longtemps à l'orifice de l'urètre, peut-être même dans le rein; ce qui aurait expliqué le résultat négatif de toutes les explorations; mais la vue du calcul lui parut pouvoir tout expliquer suffisamment. En effet, la moitié de la surface de cette pierre était chagrinée, comme si elle eût été gênée de ce côté dans son mode de développement. On peut donc s'expliquer comment le calcul, étant adhérent par cette moitié, avait pu échapper aux recherches. Le cathétérisme plus fréquemment pratiqué l'eût-il fait découvrir? c'est douteux; et le cathétérisme, fréquemment renouvelé chez les enfants, a aussi ses dangers. Cependant, M. Guersant se promit, en présence de ce fait, d'être à l'avenir, dans les cas analogues, moins disposé à admettre une affection spasmodique de la vessie, et moins disposé à faire usage des différents moyens qu'il employa chez ce malade. « Nous ne nous déciderons, disait-il, à y avoir recours, qu'après avoir sondé le malade deux ou trois fois par semaine, à moins que ces manœuvres ne déterminent des accidents. Dans ce cas, nous reculerions ces explorations, que nous ferions à distances plus éloignées »

Plusieurs calculs dans la vessie.—Contre-indication de la taille. —Lithotritie rendue impossible par l'indocilité de l'enfant. —Mort.

Au nombre des calculeux reçus cette année dans le service, nous avons remarqué un enfant de trois ans et demi qui, avant son entrée, avait rendu sept ou huit calculs et souffrait en urinant. M. Guersant fit observer que la taille n'était pas indiquée dans ce cas, puisque, après l'extraction du calcul qui faisait actuellement souffrir le malade, il en pourrait venir d'autres des reins. « Cependant, a dit M. Guersant, je suis peu partisan de la lithotritie chez de trop jeunes sujets, à cause de la facilité avec laquelle les fragments lithiques s'arrêtent dans le canal de l'urètre; ce qui s'explique par le peu de développement de la prostate, qui fait que le col vésical est plus extensible que chez les adultes, et permet plus facilement de s'y engager à de gros fragments, dont les proportions ne sont pas en rapport avec le calibre de l'urètre. La gravelle est une affection rare chez les enfants. Le peu de gravité des symptômes généraux qui l'accompagnent à cette époque de la vie, fait qu'on la méconnaît souvent. Rarement on observe chez les enfants les coliques néphrétiques, si fréquentes à un âge plus avancé.

M. Civiale a vu beaucoup d'enfants qui souffraient depuis longtemps de cette maladie et dont les douleurs avaient été attribuées à des tranchées, à la dentition, à des vers intestinaux, etc., avant que leur veritable cause fût connue.

Chez notre petit malade, avant l'expulsion des graviers qu'il a rendus, rien n'en avait révélé l'existence. L'affection calculeuse ne persiste pas longtemps, chez les enfants, sous forme de gravelle. Les dépôts de l'urine, au lieu de former des graviers distincts, isolés, ont une tendance marquée à s'unir et à former une seule pierre.

Le 4 mars, on introduit un percuteur. Plusieurs fois l'instrument saisit le petit calcul; mais, chaque fois, les mouvements de l'enfant le firent échapper. Après cette séance, qui dura cinq minutes environ, il ne s'écoula pas de sang, et les souffrances du malade n'augmentèrent pas; mais, deux jours après, il est survenu quelques accidents. Un vomissement eut lieu.

On soupçonna une péritonite. Le ventre n'était pas tendu; région rénale gauche très douloureuse; agitation dans le bain. Les bains et les sangsues furent inutilement employés, et l'enfant succomba.

A l'autopsie, on trouva un ramollissement du rein gauche, dont la consistance était celle de la substance cérébrale ramollie et injectée. Il n'y avait pas de calculs dans les reins; mais on y trouva une matière analogue à du sable délayé. Les pa-

rois hypertrophiées de la vessie avaient cinq lignes d'épaisseur comme chez les vieillards. Cet organe contenait un calcul du volume d'un petit pois; ses parois n'étaient nullement altérées. L'inflammation était peu intense; nulle part on ne trouvait de solution de continuité. Épanchement de pus dans la cloison recto-vésicale; là on aperçoit des fausses membranes très fortes; le pus a fusé sur les parties latérales de la vessie et a gagné les fosses iliaques en dehors du péritoine. Celui-ci est légèrement injecté; mais il n'y a pas de péritonite. Une plaque de phosphate calcaire, comme incrustée, existe au commencement du canal.

Toutes ces lésions existaient avant l'opération de la lithotritie; on a pu se convaincre qu'elles étaient anciennes. L'issue funeste, dans ce cas, ne doit donc pas être attribuée à l'opération qui, d'ailleurs, était indiquée. Il paraît évident à M. Guersant, comme à tous ceux qui ont vu les pièces, que la néphrite et l'inflammation du tissu celullaire du petit bassin préexistaient à la lithotritie, et que les violentes douleurs que l'enfant éprouvait étaient plutôt occasionnées par ces inflammations que par le calcul lui-même. M. Guersant ne dissimule pas que la tentative de lithotritie a dû augmenter ce qui existait déjà. L'indocilité de l'enfant ayant rendu la lithotritie impossible, fallait-il faire l'opération de la taille? Non, a répondu le chirurgien; il était indiqué d'attendre, le petit volume du calcul faisant espérer qu'il s'engagerait dans le canal.

Calcul vésical.—Taille bilatérale. — Guérison.

Dans sa leçon du 15 avril, M. Guersant entretint son auditoire d'un petit malade de six ans, affecté de calcul. Chez cet enfant, la verge est volumineuse, le jet de l'urine interrompu. Il y a seize jours, la sonde a fait découvrir un calcul. On a vacciné cet enfant avant de le soumettre à l'opération de la taille bilatérale, qui a été pratiquée le 15 avril. L'opération a été prompte. L'incision a été de quatorze lignes, en tenant compte de la réduction que subit l'extrémité de l'instrument. Cette opération a été suivie d'un écoulement de sang assez abondant. Une demi-heure après, les compresses ne suffisant pas, on a fixé à un bout de canule que l'on a introduit par la plaie, un morceau d'agaric qui a servi à la tamponner. Cet appareil a été retiré le lendemain; deux jours après, quelques caillots; cinq ou six jours plus tard, nouvel écoulement de sang. L'eau froide, appliquée dans le voisinage de la plaie, a suspendu l'hémorragie. On a évité l'application de la glace, que M. Guersant craint d'employer; car, dit-il, si on l'applique et qu'on en cesse l'usage brusquement, il peut y avoir une réaction funeste. Aucune sensibilité anormale du côté du ventre. Peau

moite. Hier, 100 pulsations; aujourd'hui, 110. Pas de toux.

C'est vers le septième jour que la plaie ordinairement commence à se fermer; chez cet enfant, les urines coulent abondamment par la plaie qui languit. Garde-robes naturelles; mais altération des traits de la face. (Toniques, bains gélatineux, bouillon; laver la plaie avec du vin aromatique.)

Le 6 mai, la plaie reste blafarde. Ordinairement, au bout de quinze jours, la plaie est entièrement cicatrisée; chez ce petit opéré, elle s'élargit chaque jour; elle est douloureuse. Ces circonstances nous donnent quelque inquiétude, dit le professeur; cet état de langueur ne peut s'expliquer que par l'ennui qu'éprouve cet enfant à l'hôpital. Si ses parents n'étaient pas trop éloignés de Paris, nous le leur rendrions, pour le placer dans de meilleures conditions. (3 décigramm. de sulfate de quinine, vin de quinquina, bouillon et autres toniques.)

Le 13 mai, M. Guersant annonce que le mauvais état de la plaie continuant, ainsi que l'état de langueur générale, l'enfant, pour être soustrait à l'ennui qu'il éprouvait, a été placé à Paris, où ses parents se sont fixés pour quelque temps. L'état de la plaie, quoique mauvais, permettait encore de le transporter; les digestions d'ailleurs étaient bonnes. L'état local a persisté quelque temps; mais l'amélioration générale a bientôt amené celle de la plaie, dont la cicatrisation fut achevée peu de temps après. Ce changement assez rapide doit être attribué sans doute aux nouvelles conditions hygiéniques, et à la satisfaction qu'a éprouvée cet enfant au milieu de ses parents, dont il avait été séparé avec beaucoup de peine. Il est important de dire qu'il était de la campagne. Il nous paraît avoir eu une véritable nostalgie.

Symptômes de calcul. — Plaque calcaire dans la vessie. — Lithotritie.

Dans sa leçon du 1er juillet, M. Guersant fit en peu de mots l'histoire d'un petit malade couché au n° 1. Cet enfant présentait les signes de la présence d'un calcul dans la vessie. Il souffrait et tiraillait sa verge à chaque instant; mais le jet de l'urine n'était pas interrompu. Les parents disaient qu'il souffrait ainsi depuis sa naissance. Un médecin ayant pensé que ces accidents dépendaient de la conformation du prépuce, enleva la partie mal conformée de cet organe.

L'enfant déclare qu'il souffre davantage, depuis un mois surtout. En le sondant, dit M. Guersant, nous avons cru sentir un point rugueux; et, d'après cette sensation vague, nous avons pensé à une de ces plaques calcaires qui se développent chez les enfants scrofuleux. Notre petit malade présente quelques signes de cette constitution. Les phénomènes qui déterminent ces pla-

ques crayeuses, sont à peu près les mêmes que ceux auxquels donnent lieu les calculs. Il est arrivé à Dupuytren de soumettre à l'opération, pour l'extraction d'une pierre, un enfant qui ne portait qu'une plaque calcaire.

Depuis quelques jours, le petit malade dit qu'il ne souffre plus; c'est, sans doute, la crainte du cathétérisme qui le fait parler ainsi; mais, à la rigueur, cela pourrait être, et nous pourrions encore, en supposant que la sensation que nous avons éprouvée d'une plaque rugueuse eût été fausse, expliquer les phénomènes qui ont eu lieu. Cet enfant portait un vésicatoire irrité que nous avons fait supprimer; or, l'année dernière, nous avons eu à observer ici trois enfants qui ont présenté les symptômes de la pierre. Ne découvrant rien par la sonde, nous fîmes supprimer les vésicatoires; et chez tous, les douleurs qui se faisaient sentir du côté de la vessie cessèrent. Telle est donc, chez certains enfants, l'influence du vésicatoire que, quelquefois, elle fait croire, par les accidents qu'elle détermine, à la présence d'un calcul qui n'existe pas.

Ici la sonde nous a fait éprouver la sensation d'un point rugueux, nous aurons donc à sonder de nouveau. L'enfant a été mis à l'usage de l'eau de Vichy (un litre par jour), et depuis, ses urines sont devenues alcalines.

Le 22 juillet, M. Guersant fit reconnaître à quelques personnes qui l'entouraient, à nous entre autres, l'existence de cette plaque, dont nous eûmes la sensation bien évidente à l'extrémité de la sonde. M. Bérard jeune sonda le malade, et il sentit la plaque entre l'extrémité de la sonde dans la vessie et l'extrémité de son doigt introduit par le rectum. Vers la fin d'août, M. le professeur Lallemand, de Montpellier, visitant l'hôpital des Enfants, a sondé le malade: il a reconnu l'existence de la plaque; et, de plus, il a soupçonné la présence d'un calcul derrière le col de la vessie. « Il y a là, en effet, quelque chose de rugueux, dit M. Guersant, et nous pensons qu'il s'agit d'une seconde plaque. » M. Lallemand, prié d'ouvrir son avis sur ce qu'il y avait à faire, conseilla d'essayer de la lithotritie, après avoir injecté la vessie. M. Guersant remit au jeudi suivant cette tentative, se promettant bien de la faire avec ménagement et sans insistance.

Le 9 septembre, M. Guersant, après avoir fait remarquer que le malade est depuis un mois à l'usage d'un litre par jour d'eau de Vichy, annonce qu'il va examiner de nouveau la vessie au moyen de l'instrument lithotripteur, après avoir fait une injection. « Je ne prolongerai pas, dit-il, cet examen; je redoute les longueurs dans ces cas. Après une exploration, l'enfant sera mis au bain. On appliquera un cataplasme sur l'hypogastre. (Ti-

sane de mauve). S'il survenait quelque accident, on appliquerait ce soir quelques sangsues. »

Après avoir été soumis à cette nouvelle exploration avec les précautions projetées, cet enfant fut emmené par ses parents. Il s'est présenté plusieurs fois depuis à la consultation chirurgicale; mais il n'a rien offert de nouveau à l'observation. Nous chercherons à ne pas le perdre de vue.

M. Guersant a cru pouvoir annoncer, comme fait nouveau d'observation, ou du moins comme un fait généralement inconnu, l'existence d'une plaque calcaire dans la vessie. Outre le cas que nous venons de faire connaître, M. Guersant en a observé un second, l'année dernière, dans ce même service, et un troisième, qui est celui de l'enfant opéré par Dupuytren, et chez lequel le célèbre chirurgien ne trouva pas le calcul qu'il avait diagnostiqué. Cet enfant vint mourir phthisique à l'hôpital des Enfants, où M. Guersant, en faisant l'autopsie du cadavre, trouva dans la vessie une plaque calcaire.

Calcul vésical. — Taille bilatérale. — Guérison.

Le 19 août, au n° 2 de la salle Saint-Côme, est couché un petit garçon de neuf ans, d'une constitution lymphatique. La peau de cet enfant est généralement pâle. Il y a deux ans, il entra à l'hôpital de la Pitié, pour des coliques et des douleurs en urinant. Après l'avoir sondé plusieurs fois dans l'espace de quatre à cinq mois qu'il resta à l'hôpital, on ne put constater la présence d'un calcul et on le renvoya. Aujourd'hui, il éprouve de la douleur, surtout à l'extrémité de la verge, au moment où il commence à uriner; cependant, il ne souffre pas pendant qu'il urine. Quelquefois, l'émission des urines est difficile; mais le jet n'en a jamais été interrompu. Elles présentent un dépôt muqueux.

M. Guersant l'ayant aujourd'hui sondé pour la première fois, a reconnu l'existence d'un calcul contre lequel la sonde a produit un certain bruit. « Pourquoi, il y a deux ans, a dit M. Guersant, ce calcul a-t-il échappé au chirurgien de la Pitié? Hâtons-nous de dire que ce genre d'erreur peut arriver aux plus habiles, soit que le calcul ait un très petit volume, soit qu'il se trouve caché dans quelque cavité, soit qu'il adhère à un point quelconque de la surface interne de la vessie. Chez notre ma-

lade, il y a deux ans, ce calcul devait être d'un très petit volume; car, aujourd'hui même, on sent par le cathétérisme qu'il est petit.

« Vous avez vu au mois de janvier, dans ce même service, dit M. Guersant, un enfant qui, depuis longtemps, offrait tous les signes rationnels de la pierre, et que nous crûmes atteint d'une affection spasmodique de la vessie; il fut soumis plusieurs fois au cathétérisme pratiqué par plusieurs personnes, et surtout par nous. Personne ne put constater la présence d'une pierre. Plus tard, un calcul, gros comme une graine de melon, s'engagea dans le canal de l'urètre et fut extrait à l'aide de la boutonnière. Un des points de sa surface paraissait avoir adhéré à la muqueuse vésicale. La pierre peut donc échapper, lorsqu'elle est d'un petit volume. Dernièrement encore, je sondai, conjointement avec M. Pasquier, un malade chez lequel nous ne trouvâmes pas de pierre; deux mois après, M. Civiale trouva un calcul. Peut-être était-il peu volumineux d'abord et prit-il en deux mois un développement qui permit de le mieux reconnaître. Pour en revenir à notre malade, que ferons-nous? pratiquerons-nous la lithotritie, dit M. Guersant? Il faut éviter, autant que possible, de recourir à ce moyen chez les enfants qui sont à l'hôpital : il n'en est pas de même en ville. L'expérience fait voir que, dans nos salles, la lithotritie, par les longueurs du traitement que cette opération entraîne après elle, expose plus longtemps les enfants à contracter les maladies qui règnent épidémiquement dans cet hôpital. Ajoutons que l'indocilité des petits malades est d'autant plus insurmontable que les séances deviennent plus nombreuses. » Ces considérations, jointes aux résultats heureux que l'on obtient par l'opération de la taille, décident l'opérateur à choisir la taille pour cet enfant. « Nous pratiquerons, dit-il, la taille bilatérale. Nous la préférons, ajouta-t-il, parce qu'elle donne la possibilité de faire une incision plus grande qui permet d'amener un calcul plus gros. Bien qu'il y ait, chez les enfants, moins de tissus à traverser, cette opération n'en est pas moins très difficile, à cause de leur indocilité. C'est surtout lorsqu'on opère, chez les enfants, qu'il faut avoir autour de soi des aides intelligents et exercés. » Dans cette leçon, M. Guersant insista sur la nécessité d'opposer à l'indocilité des enfants la plus grande attention, pour imprimer aux manœuvres le plus de prompti-

tude et de précision possible; sur la nécessité de bien fixer, sur le lit à opération, le bassin de l'enfant avec les deux mains d'un aide appliquées sur les os des îles; sur la nécessité où se trouve l'aide qui tient le cathéter de le maintenir à angle droit avec le tronc, et de faire saillir la convexité de l'instrument du côté du périnée en le faisant basculer.

Chez notre petit opéré, l'incision étant faite, il survint une hémorragie que rendirent abondante les cris prolongés de l'enfant. Dès que les cris cessèrent, l'hémorragie s'arrêta. Après avoir promptement exécuté le premier temps de l'opération, le chirurgien éprouva de le difficulté à saisir et à amener au dehors le calcul, dont le volume était celui d'une grosse olive. Il était muriforme. Toute sa surface était recouverte d'une toile celluleuse organique, très mince, espèce de réseau qui avait dû le tenir comme enchâtonné dans la vessie.

Cette circonstance avait produit des effets qui n'avaient point échappé au chirurgien. Cherchant à les expliquer dans sa leçon du 27 août, immédiatement avant l'opération, il s'exprimait ainsi : Pourquoi cet enfant n'éprouve-t-il pas de la douleur en urinant? Pourquoi le jet de l'urine est-il naturel? C'est probablement que le calcul est adhérent, et que, dès lors, il ne peut se porter vers le col; et ce calcul se trouvait dans des conditions qui produisaient les mêmes effets que s'il eût été adhérent.

Le soir et le lendemain il y eut un léger écoulement de sang qui céda aux lotions froides. Il n'est survenu depuis aucun accident. Le soir même de l'opération, l'eufant demandait à manger. Le quatrième jour, poulet et nourriture confortable. Le huitième jour après l'opération, les urines coulent encore par la plaie; mais la cicatrisation marche avec rapidité. Le dixième jour, les urines sortent par le canal. Le seizième jour, départ du malade entièrement guéri.

Depuis douze ans il ne s'est rencontré, à l'hôpital des Enfants-Malades, que trois ou quatre cas de calcul de la vessie chez les petites filles. Nous en observons en ce moment, dans le service de M. Guersant, un cas intéressant dont nous donnerons prochainement l'histoire complète. Cette petite fille a été soumise à la lithotritie; et, après la troisième séance, elle est en voie de guérison.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

Note clinique à l'occasion de deux cas de croup suivis, après la trachéotomie, l'un de la guérison, l'autre de la mort; par le docteur ROBERT LATOUR.

Comprimée naguère sous le joug du despotisme physiologique, la médecine ne reconnaissait alors qu'un seul ordre de maladies; et c'était l'*irritation* qui était ainsi rendue responsable de toutes les douleurs, de même qu'elle était honorée de tous les bienfaits de la force et de la santé. Mais qu'était-ce que l'irritation? Question imprudente, objet infaillible de discussions métaphysiques où le vide de la pensée cherchait à se dérober sous la puissance des mots. Aujourd'hui même, à ce terme n'est point encore attachée une signification précise, et s'il se retrouve sans cesse sous la plume des écrivains les plus estimés, ceux-ci se gardent bien d'en donner une définition rigoureuse. C'est un X, dont la logique poursuivrait vainement le sens, parce qu'il n'est que la représentation d'une illusion, et non d'un fait réel. Toutefois, se plaçant vaguement sous le patronage du système nerveux, la doctrine de l'irritation considérait cet appareil comme l'agent essentiel de la vie, et arrivait ainsi à un solidisme presque absolu. Je dis presque, parce qu'elle reconnaissait comme possible l'altération du sang, mais ne citait pour exemple que le scorbut. C'était une concession arrachée par l'évidence des faits, plutôt qu'une conséquence logique des principes de la doctrine; encore fallait-il que l'irritation entrât par quelque voie dans cette maladie; et les gencives rouges, gonflées et saignantes, vinrent naturellement lui offrir une place. Dans l'école physiologique enfin, l'irritation était le levier de la vie, le mobile de la santé, la source de la maladie, l'instrument de la mort. La réaction ne s'est pas fait attendre : l'enthousiasme calmé, les faits ont réclamé; et le choléra, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, et bien d'autres affections encore qui étaient considérées comme de simples formes de l'irritation, ont été rattachées à leurs véritables causes, à diverses altérations du sang. Le croup a droit au même classement : et sa marche insidieuse au début, et ses symptômes pendant son développement et ses caractères anatomiques, et le peu d'inflammation qui l'accompagne, et le danger qu'il annonce;

tout indique une atteinte profonde portée à l'économie; et toute locale que se présente le plus souvent la maladie, on ne saurait, à ces divers phénomènes, méconnaître une altération du sang, un véritable empoisonnement miasmatique. Vainement imputerait-on les phénomènes les plus saillants de cette affection à un degré élevé d'inflammation : on voit des angines atteindre la plus haute violence sans exsudation pelliculaire; on les voit se terminer par suppuration, et conserver leur caractère purement inflammatoire; et si alors quelque danger surgit, c'est l'élément phlogistique qui en est légitimement solidaire. Dans le croup, au contraire, la phlogose n'est qu'un phénomène secondaire; la production des pseudo-membranes est le caractère principal, et bien que cet acte ne soit pas le seul mobile du danger auquel est livré le malade; pourtant, il faut en convenir, c'est là le phénomène le plus saillant de la maladie, celui qui mérite le plus l'attention du praticien. On a invoqué, à l'appui de la nature simplement inflammatoire du croup, des expériences pratiquées sur des chiens, et dans lesquelles l'acide sulfurique, appliqué sur la membrane pharyngienne, a déterminé tantôt une simple inflammation, tantôt une exsudation membraneuse. Mais il n'est pas difficile de démontrer que ces expériences ont été l'objet de fausses interprétations, et je m'étonne que les inductions qu'on en a tirées n'aient été attaquées que par des objections timides, incertaines, et l'on peut même dire sans valeur. C'est ainsi que dans l'article *croup*, d'ailleurs très bien fait, du Dictionnaire de médecine, M. Guersant a opposé à ces expériences, la diversité des maladies qui peuvent provenir des mêmes causes; et il a donné pour exemple la bronchite chez celui-ci, l'extinction de la voix chez celui-là, la pneumonie chez un autre, et tout cela à l'occasion d'une seule et même cause, l'action du froid. Quand une réfutation n'atteint pas d'une manière positive l'opinion qu'on attaque, elle sert à en augmenter la force, et non à la détruire; et c'est ce qui arrive ici, car les partisans de la nature simplement inflammatoire du croup peuvent répondre que si le froid détermine tantôt une bronchite, tantôt une pneumonie, tantôt une laryngite; c'est toujours un effet semblable, une affection franchement inflammatoire, dont le siége seul diffère, et non la nature.

Convaincu par l'ensemble des symptômes, par l'aspect général de la maladie, que le croup n'est point une affection purement

inflammatoire ; servi d'ailleurs par ce sens délicat que peut seul donner la possession d'un nombre prodigieux de faits, M. Guersant, n'a pu se soumettre aux conclusions que semblaient imposer les expériences ; il a cherché des raisons pour les réfuter, et, bonnes ou mauvaises, il a protesté. Mais s'il avait contrôlé les expériences en elles-mêmes, s'il avait cherché à les juger, il en aurait promptement saisi le côté vulnérable, et leur retirant toute valeur, en même temps qu'appuyé sur sa vaste observation clinique, il eut ainsi brisé sans retour l'argumentation des adversaires. Non, l'acide sulfurique ne saurait produire des effets de de diverse nature ; c'est un agent chimique doué toujours des mêmes propriétés ; et quand un réactif est ainsi mis en contact avec les parties vivantes, il s'opère une combinaison, soit avec le sang, soit avec les tissus solides ; et l'aspect des désordres est alors différent, suivant le degré de l'agent employé, et suivant aussi la répétition de l'application. Voulez-vous achever votre conviction, et lever tous vos doutes sur la nullité de ces expériences ? A ces faits, on peut répondre aussi par des faits d'une analogie frappante, par des expériences qui, bien qu'instituées dans un autre but, n'en conservent pas moins dans la cause actuelle toute leur valeur (1).

Promenez légèrement un pinceau imbibé d'ammoniaque sur sur la cuisse d'une grenouille ; aussitôt une rougeur apparaîtra qui pourra vous sembler inflammatoire, et que j'ai démontré n'être qu'un phénomène chimique. Poursuivez l'expérience, promenez à plusieurs reprises votre pinceau, et vous allez voir une exsudation glaireuse sanguinolente. Sont-ce là des résultats différents ? Non : dans les deux cas, il y a combinaison de l'ammoniaque avec le sang de l'animal ; mais dans le premier, une simple imbibition a lieu, de laquelle résulte la coagulation du sang dans ses propres vaisseaux, et par conséquent l'arrêt de la circulation dans ce point ; tandis que dans le second cas, à l'imbibition de l'ammoniaque se joint l'exhibition du sang qui vient se combiner à l'extérieur avec le réactif chimique. Le phénomène est plus ou moins complet, mais toujours identique par sa nature. Ici il n'y

(1) Expériences tendant à démontrer le mécanisme de l'inflammation, par Robert Latour. *Revue médicale*, cahier de janvier 1840.

a pas d'inflammation possible, car j'ai démontré que l'organisation des animaux à sang froid se refuse à la production de cet acte morbide. Il n'en saurait être ainsi chez les animaux à sang chaud : se rattachant à une fonction toujours en activité, l'inflammation surgit chez ces derniers avec la plus grande facilité, et vient ainsi compliquer une multitude de maladies, comme elle complique infailliblement les diverses altérations organiques produites soit par les agents chimiques, soit par les agents physiques. Et quelque danger qu'on puisse reprocher à cette inflammation, ce sera toujours une erreur que de l'instituer le premier élément de la maladie, le fait essentiel de l'affection.

Il serait difficile de dire pourquoi l'élément du croup porte son action sur la membrane des voies aériennes plutôt que sur tout autre organe : serait-ce qu'il sévirait sur le lieu principal où s'en accomplit l'absorption ? Pourtant d'un côté, on sait qu'une certaine quantité d'air passe par la déglutiton dans l'estomac, avec les aliments et les boissons ; et n'étaient d'autres raisons, cet organe ne devrait pas être à l'abri des altérations qui viennent frapper les conduits respiratoires. D'un autre côté, on voit une multitude de maladies également miasmatiques, respecter les organes thoraciques, et porter leurs ravages sur des viscères plus ou moins éloignés. Sans doute la disposition des vaisseaux n'est pas étrangère à ces diverses prédilections, pas plus qu'elle n'est étrangère aux fonctions et à la nutrition de chaque organe. En vertu de ces dispositions anatomiques des tuyaux circulatoires qu'un savant allemand M. Berrès, dit avoir reconnues au nombre de seize, certains éléments du sang sont admis, d'autres rejetés ; c'est une véritable tamisation favorable ou contraire à la circulation des virus morbigènes dans les plus petits vaisseaux.

Quoi qu'il en soit de ces faits et de ces conjectures, les fausses membranes du croup envahissant la glotte, amènent promptement l'asphyxie ; et ce résultat fâcheux est d'autant plus à redouter, que les sujets sont plus jeunes ; car on sait que, moins on s'éloigne de la naissance, plus l'ouverture laryngienne est proportionnellement étroite. En présence de cette asphyxie menaçante, on ne peut se défendre d'un sentiment de gratitude envers le médecin de Tours, qui, cherchant à l'art de nouvelles ressources, a réhabilité la trachéotomie, en a posé les règles, et a fait connaître les conditions auxquelles en est subordonné

le succès. Toutefois, cette opération, bien que déjà elle ait été l'objet de sérieuses discussions et d'études approfondies, mérite encore d'être méditée ; elle n'a pas été pratiquée un assez grand nombre de fois pour arrêter des règles invariables quant à tous ses détails, et les praticiens doivent se rendre tributaires envers la science de tous les faits capables de réfléchir quelque lumière dans cette importante question. C'est à ce titre que je signalerai deux exemples de croup qui se sont présentés dernièrement dans la même famille, et qui ont été suivis, après l'opération, l'un de la guérison, l'autre de la mort. Le premier a pour sujet une petite fille de quatre ans, déjà en proie à la coqueluche depuis deux mois, et qui, après avoir passé deux nuits dans une grande agitation, fut prise, le 9 octobre dernier, d'extinction de voix et d'une oppression fatigante avec toux sèche, sifflante, *moins rauque qu'éteinte.* La gorge examinée avec soin, laisse apercevoir une pseudo-membrane qui enveloppe la luette en totalité, comme le ferait un doigt de gant. A l'exploration attentive de la poitrine, on reconnaît que l'air pénètre les poumons dans toute leur étendue, mais plus librement à droite qu'à gauche, où l'on peut apprécier sous l'omoplate un léger râle crépitant. Quatre sangsues sont immédiatement appliquées sur ce point, et une solution saturée de nitrate d'argent est portée sur la luette, et dans toute l'étendue du pharynx, jusqu'à la glotte. A ce traitement vient se joindre l'emploi du tartre stibié, des frictions mercurielles à haute dose sur la partie antérieure du cou, des bains, des lavements laxatifs, et des boissons adoucissantes. Quelques plaques couenneuses se présentent le lendemain sur les amygdales et dans le pharynx, mais la cautérisation paraît en faire prompte justice, et le 12, le pharynx n'en offrait plus que quelques vestiges. Toutefois l'oppression avait fait des progrès ;l'expansion pulmonaire n'était plus révelée par l'auscultation, et l'occlusion presque complète de la glotte nous décida, MM.Guersant, Blache et moi, à l'opération. Elle fut pratiquée ce jour là à 3 heures de relevée par le docteur Paul Guersant, et fut suivie, comme toujours en pareille circonstance, du calme qui accompagne la cessation de l'asphyxie. Aucun accident ne survint ; la canule fut retirée le 19, et la plaie quelques jours après était complétement cicatrisée.

Nous n'eûmes pas le même bonheur auprès du frère de cette enfant, sujet d'un an, éloigné de sa sœur au début de la maladie, et chez lequel, malgré cette séparation, nous aperçûmes, le 13, une plaque pseudo-membraneuse sur chaque amygdale, avec les autres caractères que présentent, dans le croup, les fonctions respiratoires. Une légère amélioration sembla se prononcer après une application de deux sangsues au cou, et quelques cautérisations; mais le 16, l'asphyxie devint tout à coup imminente; et la trachéotomie pratiquée vers midi ne la fit cesser que momentanément; car cet enfant s'éteignit le lendemain matin à neuf heures, dans les angoisses de l'oppression la plus horrible.

Après avoir exposé succinctement ces deux faits, je dirai les réflexions qu'ils m'ont inspirées. Et d'abord je ferai observer que je m'empressai de séparer de la première malade deux sœurs et son jeune frère; les deux premières restèrent dans Paris, mais dans un quartier éloigné du domicile maternel, et le dernier fut emmené à Vaugirard. Ce fut trois jours après cette émigration que celui-ci fut frappé des symptômes du croup à une heure du matin, sans signes précurseurs. Faut-il admettre que, déjà inoculé, cet enfant emportait avec lui dans sa retraite le germe de la maladie dont il devait être victime? Ce germe lui fut-il transmis par contagion? Fut-il le résultat des mêmes causes qui le produisirent chez sa sœur, comme on voit dans certaines épidémies une multitude de sujets frappés de la même affection, sans que pour cela il soit nécessaire d'invoquer le caractère contagieux du principe morbide. Enfin, dans cette dernière hypothèse, cet élément du croup n'atteignit-il ce jeune sujet que dans son dernier séjour? On voit des enfants de la même famille frappés en même temps de la même affection, bien qu'habitant, sans communication aucune, des quartiers de la capitale assez éloignés. Je donne des soins en ce moment à trois enfants, deux sœurs et un frère, tous trois atteints de la rougeole le même jour, bien que les deux premières habitent le Marais, et n'aient en aucune manière, depuis huit jours, communiqué avec leur frère, élève du collége Louis-le-Grand. Doués d'une même organisation, et soumis à l'influence de la même constitution atmosphérique, ces enfants ont sans doute été, par ces deux raisons, frappés en même temps de la même maladie.

Mais le point sur lequel je dois principalement appeler l'atten-

tion, c'est le traitement. La trachéotomie a été pratiquée chez mes deux malades avec un résultat inégal. Mais on sait que cette opération présente d'autant moins de chances de succès, que le sujet est plus jeune ; nous n'avons donc pas été surpris de voir succomber le frère âgé seulement d'un an, tandis que le plus beau triomphe venait couronner l'intervention chirurgicale auprès de la sœur âgée de quatre ans. Toutefois une autre circonstance encore a pu contribuer à cette différence : lorsque le sujet le plus jeune fut opéré, la toux, au moment de l'incision de la trachée, lança au loin une pseudo-membrane fort mince, de trois centimètres de longueur sur un centimètre de largeur ; et des pinces introduites dans la trachée, jusqu'à sa bifurcation, en saisirent une autre portion de même nature, et à peu près de même dimension. Ainsi, il était évident que le mal s'étendait au loin, que déjà il avait gagné les bronches, et l'on pouvait prévoir l'issue réservée à nos tentatives. Chez le premier sujet, les conditions ne s'étaient pas présentées les mêmes; nous n'eûmes pas une seule fausse membrane à extraire de la trachée ; le mal dont le pharynx déjà était affranchi, paraissait limité à la glotte ; et nous n'avions qu'à rétablir la respiration, pour gagner du temps, et permettre ainsi aux parois de cet orifice des voies respiratoires de se délivrer, comme l'avait fait le pharynx, de leurs productions pelliculaires. Le traitement employé chez ces deux sujets pouvait bien n'être pas étranger à la diversité de ces conditions, et bien que les agents thérapeutiques fussent les mêmes en principe, je conçois pourtant que certaines modifications dans l'application aient pu amener des résultats différents.

Chez les deux malades, le tartre stibié, la saignée capillaire, les frictions mercurielles, les boissons adoucissantes, les lavements laxatifs avaient été employés de la même manière : tout, dans l'opération, fut également semblable ; mais ce qui avait différé, c'était la cautérisation. Ainsi, tandis que chez l'enfant d'un an, je me bornais à toucher avec le nitrate d'argent solide les plaques membraneuses accessibles à la vue, j'employais pour la sœur une solution saturée du même sel, solution qu'on avait soin de préparer deux fois par jour, et de soustraire à la lumière pour en éviter la décomposition. La cautérisation était renouvelée de quatre en quatre heures, même la nuit, et pratiquée de la manière suivante : Une pelote de charpie tenue entre les mors d'une

longue pince recourbée, fixée d'ailleurs à cette pince par un fil solide, était portée, tout imbibée de la solution caustique, sur la glotte où je l'exprimais fortement; puis, en la retirant, je la promenais sur tout le pharynx et le voile du palais. Ce procédé, dont je me sers toujours en pareille circonstance, eut l'approbation de MM. Guersant et Blache, qui en virent l'application; et il me paraît préférable à celui qu'on met habituellement en usage, et qui consiste à porter le caustique à la faveur d'une baleine à laquelle est fixée une éponge. S'adaptant, par sa courbure, à la forme des parties, la pince est plus sûrement dirigée sur la glotte, en raison de la solidité du métal; et j'y trouve encore l'avantage de pouvoir, une fois sur cet orifice laryngien, exprimer entre ses mors le corps imbibé du caustique. Je préfère aussi à l'éponge, sans y attacher toutefois grande importance, une pelote de charpie mollette, par cela même que, devant s'exprimer sur la glo te, il n'est pas nécessaire d'y porter une très grande quantité de nitrate d'argent. Comme l'agitation de l'enfant apporte à cette opération quelque difficulté, il vaut mieux tenir entre les mors de la pince un corps qui ne s'exprime pas aussi aisément que l'éponge, afin de rester maître du caustique, et de le diriger d'abord sur la glotte où le fait alors entrer le rapprochement des anneaux de la pince.

Est-ce à la cautérisation, pratiquée de cette manière, que nous avons dû la limitation des pseudo-membranes à l'ouverture laryngienne, tandis que ces productions s'étendaient jusqu'aux bronches chez le sujet qui a succombé? J'avoue que telle est ma pensée.

Pendant une dizaine de jours après la cicatrisation de la plaie, cette enfant avait un accès de toux chaque fois qu'elle buvait; et la gorge, examinée avec soin, me donna l'explication de ce phénomène qui depuis a cessé complétement. La luette et le voile du palais étaient presque atrophiés, et remplissaient mal leurs fonctions mécaniques; il me parut dès lors vraisemblable qu'ayant été soumise à l'action du même caustique, l'épiglotte avait éprouvé le même sort, et que, fermant incomplétement la glotte, elle laissait passer dans les voies respiratoires quelques gouttes de liquide pendant la déglutition.

Convalescente de cette affreuse maladie, cette jeune enfant a

été, le 25 novembre, atteinte de la rougeole, affection qui a parcouru ses périodes ordinaires sans accidents. Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que la coqueluche dont elle était frappée avant tout, a traversé la rougeole comme le croup, sans la la moindre modification ; et ce n'est que par des vomitifs répétés que je suis parvenu à la dominer. L'enfant n'a plus aujourd'hui, 10 décembre, que des quintes fort rares et peu fatigantes.

Je ne terminerai pas cette note sans jeter un coup d'œil sur les moyens thérapeutiques dirigés d'ordinaire contre le croup. J'ignore si les frictions mercurielles ont jamais amené quelque succès ; pour moi, je n'ai pu, dans les faits que j'ai observés, y rattacher le plus mince résultat. Ces frictions ne peuvent se pratiquer qu'avec douceur ; l'épiderme n'est ni déchiré, ni soulevé dans cette opération, et l'on décuplerait les doses déjà énormes auxquelles on emploie l'onguent napolitain, que, dans de pareilles conditions, les effets en seraient encore nuls. Rappelez-vous que les vénériens soumis aux frictions mercurielles, sont obligés de frotter longtemps, avec force et à la chaleur pour obtenir l'absorption du métal.

Les vomitifs, on le sait, n'agissent que mécaniquement : ils favorisent l'expulsion des pseudo-membranes, mais ne peuvent rien contre la cause miasmatique de l'affection ; toutefois ils sont utiles en débarrassant momentanément au moins, les voies pulmonaires des corps pelliculaires qui les obstruent, et peuvent ainsi, en entretenant la respiration, permettre d'atteindre le moment de la guérison.

Les laxatifs, les boissons adoucissantes, les cataplasmes et les autres moyens employés à peu près dans toutes les maladies, ne sont que d'un bien faible secours en pareille circontance ; leur avantage se borne à ne pas nuire au malade.

Quant à la saignée, capillaire ou autre, elle soulage réellement : on voit le plus ordinairement, après l'avoir mise en usage, la respiration s'accomplir avec plus de facilité, et le calme renaître pour quelque temps au moins. Gardez-vous pourtant d'en tirer cette induction que le croup n'est que le plus haut degré de l'inflammation : jamais vous ne domineriez une telle maladie par des évacuations sanguines quelque copieuses qu'elles fussent, et vous affaibliriez, au contraire, votre sujet au point de lui retirer toutes chances de guérison, en le privant des matériaux qui lui

sont nécessaires pour entretenir la vie jusqu'au terme du mal. Vous pratiquerez néanmoins la saignée dans le croup; mais vous la pratiquerez avec réserve, et alors seulement que l'oppression sera très fatigante, et que vous ne serez point encore décidé à l'opération. Ces conditions, vous les rencontrerez au début de la maladie; et par la saignée alors vous vous adresserez non à l'élément inflammatoire, qui n'est ici que secondaire et subordonné à un acte autrement puissant; mais bien à l'hématose dont vous favoriserez l'accomplissement, en affranchissant le poumon d'une partie du sang sur lequel il doit agir, et proportionnant ainsi la masse de ce liquide à celle du fluide atmosphérique dont la glotte rétrécie permet encore l'introduction.

Le seul moyen qui paraisse avoir une action directe sur le croup, c'est la cautérisation; mais il faut qu'elle soit pratiquée largement et souvent, pour obtenir la limitation du mal. Le caustique ici attaque-t-il corps à corps l'élément morbide pour le neutraliser? Ou bien se borne-t-il à coaguler le sang dans les vaisseaux les plus superficiels, de manière à éviter l'exhalation plastique qui doit s'opérer, et donner ainsi le temps aux divers émonctoires de délivrer l'organisme de son ennemi ?.....

Parlerai-je de l'opération? Elle n'est point un agent curatif du croup; mais elle rend d'importants services en ouvrant à la respiration une voie artificielle, en rendant ainsi à la vie son mobile le plus essentiel, jusqu'au jour où le mal est définitivement éliminé. Aussi, rarement triompherez-vous de l'affection, lorsque les pseudo-membranes s'étendront à la trachée et aux bronches. Vainement alors vous instillerez le liquide caustique dans ces conduits respiratoires: si vous parvenez à arrêter l'extension de la maladie, la mort encore trouvera dans une pneumonie lobulaire, le moyen de ressaisir sa proie. Non, la trachéotomie, à part de très rares exceptions, ne peut offrir d'heureuses espérances, qu'après la limitation au larynx des fausses membranes; aussi faut-il, comme je l'ai fait chez la petite fille dont j'ai rapporté l'histoire, cautériser profondément et porter toujours l'agent chimique jusque sur la glotte. Chez ce jeune sujet, nous n'avons pas eu une seule production pelliculaire au-dessous du larynx, et nous nous sommes bien gardés, le docteur Paul Guersant et moi, d'instiller dans la trachée le moindre liquide,

caustique ou adoucissant; persuadés que l'art ne pouvait nous offrir d'agent plus salutaire, au poumon, que l'air atmosphérique. Nous nous sommes bornés à passer de temps en temps, une éponge simplement humide dans la canule, pour la débarrasser en partie des mucosités qui tendent toujours à s'y concréter, et qui en rétrécissent ainsi le calibre. La canule ne fut d'ailleurs changée qu'une fois par 24 heures.

Deux observations de diathèses pyogéniques, recueillies sur des enfants; par F.-L. TAVIGNOT.

Quoiqu'il ne nous paraisse guère possible d'élucider aujourd'hui d'une manière complète cette grande question médicale de la diathèse purulente, nous avons cru cependant qu'il était bon de fournir à ceux qui s'occuperont encore de ce sujet deux observations intéressantes, d'autant plus qu'il reste encore beaucoup à étudier, sous le rapport étiologique, dans ces différents états morbides de l'économie, dont la formation de collections purulentes multiples est la dernière expression. Cependant une fois bien approfondie relativement à ses causes et à sa nature, la diathèse purulente en sera-t-elle plus avancée par rapport à sa thérapeutique? C'est à l'avenir à juger cette question. S'il y a des diathèses pyogéniques aiguës, pour ainsi dire, à cause de la rapidité des accidents, et en même temps de leur gravité, il en est d'autres, que par opposition on peut appeler chroniques, et qui sont spécialement caractérisées par la multiplicité des abcès froids qui surviennent pendant un certain temps sur le même individu, sans que rien puisse rendre compte de cet état singulier. C'est ainsi que nous avons observé de ces prédispositions aux collections purulentes telles, qu'en l'espace de six semaines, on a ouvert au même malade 23 abcès froids développés dans différents points du corps. Dans un autre cas, c'était sur un jeune sergent licencié à cause de sa mauvaise santé, on en ouvrit treize successivement. Les deux malades finirent par se rétablir complétement.

Si le rapprochement que nous venons de faire, n'est pas trop forcé, il y aurait peut être quelque avantage à comparer ensemble ces deux états morbides au point de vue de leur cause; car il pourrait peut être se faire que la connaissance de celle-ci je-

tât quelque jour sur la nature de celle-là. Mais ne voit-on pas également combien ces affections purulentes paraissant spontanément développées au sein de l'organisme, se rapprochent, au point de vue symptomatologique, de ces autres états pathologiques dont la formation d'abcès multiples est le symptôme en quelque sorte prédominant ; entre la diathèse purulente simple et la morve, par exemple, la différence doit se tirer principalement de la nature spécifique de l'une, tandis que celle de l'autre est encore à démontrer. Que si on ne tenait compte que de l'ensemble et de la marche de ces deux affections, je le repète, en faisant abstraction de quelques particularités de détails, la différence ne serait peut être pas si grande, surtout en considérant les choses d'un point de vue général. Il semblait résulter des faits publiés jusqu'ici que la diathèse purulente, ne se développait que bien rarement chez l'enfant, comme si les conditions physiologiques de l'enfance excluaient ce mouvement de décomposition générale de l'organisme ; mais les deux observations que nous allons rapporter prouvent que parmi les maladies que l'on observe chez l'enfant, il faut encore compter la diathèse purulente.

Obs. 1re. Le 17 avril est entré au n° 19, salle St.-Côme, hôpital des Enfants, service de M. Guersant fils, le nommé Charponet, âgé de 11 ans, né en Piémont. Jouissant habituellement d'une excellente santé, il y a six mois qu'il se mit en voyage, pour venir en France. Du reste, sa marche n'a pas toujours été continue, il faisait des stations plus ou moins prolongées dans les grandes villes. Presque constamment il mangeait du pain sec, rarement il buvait autre chose que de l'eau. Il était enfin arrivé à Paris assez bien portant il y a 8 jours. Pendant les 5 premiers jours il s'occupe à jouer de la vielle dans les rues, et se nourrit comme de coutume. Vers le 6e jour, il est pris d'une fièvre ardente non précédée de frisson, il est forcé de garder le lit. Depuis lors rien de particulier : pas de traitement. Après trois jours de maladie, il nous fut amené à l'hôpital. Nous constatons lors de son entrée l'existence d'un abcès considérable occupant presque toute l'étendue de la jambe gauche avec décollement considérable de la peau. Incision au tiers supérieur et antérieur de la jambe, qui donne issue à un pus phlegmoneux assez abondant.

— Le 18, contre-ouverture à la partie moyenne de la jambe. — Le 20, abcès au voisinage du genou droit, ne paraissant pas

siéger dans l'articulation, et remontant vers le tiers inférieur de la cuisse en occupant toute sa circonférence : incision vers son tiers inférieur, et à sa partie interne. Il s'en écoule environ deux verres d'un pus phlegmoneux et sans odeur bien marquée.

Depuis cette époque, le malade, qui souffre beaucoup à chaque pansement, est pris d'une fièvre continue avec chaleur de la peau et exacerbation le soir. — Les abcès fournissent une suppuration très abondante et de mauvaise nature, à odeur très fétide, langue rouge, lèvres encroûtées. Le 27, contre-ouverture au tiers inférieur de la jambe gauche. On contaste, après l'écoulement du pus, que le tibia est dénudé dans une grande étendue.

30 avril. Faiblesse très prononcée du malade, fièvre continue, chaleur âcre de la peau, abondance et fétidité de la suppuration.

5 mai. Suppuration toujours abondante et fétide, affaiblissement de plus en plus prononcé. Teinte jaune terreuse de la figure, fièvre continue, peau sèche. Gêne de la respiration depuis quelques jours. L'état du malade continue de s'aggraver de plus en plus, et il finit par succomber, dans un état typhoïde très prononcé le 17 mai.

Le péricarde contient au moins une livre de pus mêlé de fausses membranes dont quelques-unes tapissent la face interne du péricarde, tandis que d'autres adhèrent à l'enveloppe du cœur. Les poumons examinés avec soin ne nous ont pas présenté la plus légère trace d'abcès métastiques. A peine avons-nous reconnu un peu d'engouement de leur bord postérieur. Tous les muscles de la jambe du côté gauche sont comme disséqués par une suppuration fétide. Le tibia est dénudé dans presque toute son étendue, de telle sorte que le pus est immédiatement en contact avec le tissu osseux. Dans quelques points où le périoste est encore adhérent, il est notablement épaissi et le siége d'ossifications en forme de plaques irrégulières.—Le tissu osseux dénudé offre çà et là quelques portions d'un blanc plus mat que les autres, lesquelles sont distinctes du reste du tibia par un sillon bien prononcé. — C'était évidemment là un commencement de nécrose.

L'articulation du genou et du pied étaient à l'état normal. A la section longitudinale du tibia, infiltration purulente de pus blanchâtre, concret occupant tout le canal médullaire et les extrémités spongieuses; l'épiphyse inférieure du tibia est décollée, et

complétement séparée de la diaphyse. — Le tissu aréolaire des extrémités du tibia, loin d'être hypertrophié, est, au contraire, aminci et partiellement détruit. Dans quelques points du tissu spongieux, le pus paraît limité par une fausse membrane d'apparence floconneuse, paraissant marcher vers l'organisation.

Dans plusieurs points du canal médullaire, une disposition analogue existe ; mais il devient plus difficile d'établir si c'est bien là une fausse membrane, ou bien la membrane médullaire elle-même qui serait altérée. Du côté droit l'extrémité inférieure du fémur présente dans son tissu une infiltration purulente exactement semblable à celle qui existait à gauche. — Il y avait de plus une ulcération de la largeur d'une pièce de dix sous, au cartilage diarthrodial du condyle externe ; l'altération du tissu osseux sous-jacent, ne permettait pas de mettre un instant en doute que celle du cartilage n'eût été consécutive.

Le tibia droit, scié dans toute sa longueur, nous a offert une infiltration purulento-sanguinolente dans toute l'étendue du canal médullaire, tandis que le tissu spongieux de ses épiphyses avait leurs aréoles gorgées de pus, comme le tibia gauche.

Les muscles étaient également macérés par le pus qui s'était propagé à toute l'étendue de la jambe, en suivant les interstices musculaires. — La dénudation n'était pas complète, mais le périoste était notablement altéré; il était épaissi, d'un blanc opaque; sa disposition fibreuse avait complétement disparu.

Observation 2e (1). — Le 16 septembre, entra, au no 23 de la salle Saint-Jean, un enfant de 12 ans et demi, né à Paris, travaillant depuis plusieurs années à la manufacture royale de tabac. Il jouissait habituellement d'une bonne santé, sujet seulement à des epistaxis abondantes. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il reçut, en jouant avec d'autres enfants, une vingtaine de coups de *tampon* sur le dos, la poitrine, le derrière et, au-dessous de l'arcade crurale gauche ; il ressentit aussitôt une douleur très vive dans ce point, s'en retourna chez sa mère en boitant. (Il est bon de dire que le tampon n'était autre chose

(1) Le commencement de cette observation m'a été communiqué par mon collègue, M. Legendre, qui voyait ce malade dans les salles de Médecine.

qu'un mouchoir à un des angles duquel on avait placé un caillou.) Le soir même il est pris de fièvre, de délire, qui augmente encore pendant la nuit.

Le lendemain et les jours suivants il éprouve une douleur très vive dans le pied et le mollet gauche; le coude du même côté devient douloureux à son tour, la fièvre et le délire persistent avec la même intensité. — On fait, en ville, deux applications de sangsues, l'une à la région crurale, l'autre au niveau du mollet. Depuis son entrée à l'hôpital deux abcès se formèrent successivement en regard de la partie inférieure et externe du péroné, et deux autres le long de la face interne du tibia. — Après l'ouverture de chacun des abcès, on constate la dénudation des portions osseuses correspondantes.

Quelques jours après, deux autres abcès se développent, l'un à la partie inférieure du bras gauche, et l'autre dans la paroi antérieure de l'aisselle du côté droit. — Depuis l'ouverture des abcès, la fièvre est toujours très vive, mais le délire cesse.

Le 22 septembre, et alors que les abcès fournissent un pus abondant et assez fétide, on constate le développement d'une pneumonie dans le quart inférieur et postérieur du côté gauche de la poitrine.

Le 1er octobre, la douleur qui s'était manifestée de prime abord dans la région inguino-crurale gauche, et qui depuis cette époque n'avait pas disparue, augmente d'intensité, et s'accompagne d'une fluctuation évidente, quoique profonde.

C'est à partir de ce moment que ce malade fut envoyé en chirurgie, et soumis dès lors à notre observation.

3 octobre. — La tension de la partie supérieure de la cuisse est toujours la même, seulement elle a notablement gagné sa partie interne. — Supérieurement le gonflement remonte jusqu'au périnée. — Dans ce point, la fluctuation, quoique profonde, peut être diagnostiquée. M. Guersant fait à la partie interne du membre une incision d'un à deux centimètres de profondeur: pas de pus. — Ce chirurgien, bien pénétré de la justesse de son diagnostic, écarta, à l'aide d'une sonde cannelée, les fibres musculaires des adducteurs, et il arriva bientôt au foyer lui-même; dès lors, issue d'une assez grande quantité de

pus séreux, mêlé de bulles d'air. En pressant sur la fosse iliaque, le pus sort en plus grande abondance.

4. — Il s'écoule, par l'ouverture faite la veille, une grande quantité d'un pus horriblement fétide, mêlé de bulles d'air nombreuses. Dilatation des veines superficielles du membre gauche. Aphthes sur la langue et sur la face interne des lèvres. Toux.

7. — La faiblesse a été en augmentant depuis quelques jours. Le pus des différents abcès continue à être sinon aussi abondant, du moins aussi fétide. — Toux plus fréquente, accompagnée d'une expectoration visqueuse transparente, adhérente au vase, et fortement rouillée. — Je n'ose ausculter le malade à cause de la douleur extrême que tout déplacement détermine.

Il s'est développé depuis hier une collection dans l'articulation tibio-tarsienne droite qui est tuméfiée, douloureuse; une incision a été pratiquée et elle a donné issue à une quantité de pus phlegmoneux, en apparence de bonne nature.

9. — Adynamie profonde, sècheresse de tous les foyers de suppuration, respiration très gênée et très accélérée. Nouvel abcès à la fesse du côté droit. — (Décoct. de quinq.) Mort le 10 octobre.

Autopsie 26 heures après la mort. La tête n'a pas été ouverte.

Thorax. — Cœur à l'état normal, épaisseur du ventricule ultrà-normale. On rencontre un caillot fibrineux d'une consistance assez grande, vers l'origine de l'aorte. Il en existe un autre analogue dans le ventricule droit, et qui se prolonge également dans l'artère pulmonaire. Les plèvres ne contiennent pas de liquide; mais la face externe de la plèvre pulmonaire est tapissée de l'un et de l'autre côté, mais principalement à droite, d'une fausse membrane de 2 millimètres d'épaisseur environ, et à en juger d'après son aspect et sa consistance; de formation évidemment récente. Le lobe supérieur des deux poumons est à l'état normal, sans traces de tubercules, tandis que leur lobe inférieur et, à droite, le moyen sont hépatisés. Cette hépatisation au deuxième degré, offre cependant, à gauche, quelques noyaux d'hépatisation grise ou purulente. Dans toute l'étendue de cette hépatisation, aussi bien à la superficie des poumons que vers leur partie centrale, se rencontrent de nombreuses collections d'un pus phlegmoneux, dont le volume varie depuis une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noix ordinaire. Il est facile de consta-

ter à la périphérie de ces abcès, et les circonscrivant, une fausse membrane bien évidente, et dont l'épaisseur et la consistance attestent déjà une organisation avancée. Plus en dehors, le tissu pulmonaire est non seulement congestionné, mais il présente tous les caractères de l'hépatisation grise. Ganglions bronchiques à l'état normal. Bronches un peu rouges jusque dans leur troisième division.

Abdomen. — Foie un peu volumineux, non congestionné, ne présentant pas de traces d'abcès. Rate de volume, d'aspect et de consistance normale. Rien dans les reins. La vessie contenait une assez grande quantité d'urine. L'abcès au devant de l'épaule droite avait bien disséqué les fibres musculaires du grand et du petit pectoral, mais il était complétement étranger à l'articulation, qui était parfaitement saine.

Outre le désordre des parties molles extérieures, l'articulation huméro-cubitale gauche contenait un peu de pus séreux et mal lié. Altération peu étendue des surfaces articulaires.

L'articulation coxo-fémorale gauche était remplie de pus communiquant avec le foyer que nous avons dit exister à la partie antéro-supérieure de la cuisse. Ce foyer qui avait disséqué la plupart des muscles de la partie interne et de la partie antérieure de la cuisse, n'avait aucune communication avec l'excavation du bassin, mais il en était séparé simplement par l'aponévrose obturatrice et le muscle obturateur interne. La tête du fémur était dénudée, ainsi que la cavité cotyloïde. A la section de la tête du fémur on trouve l'altération suivante : superficiellement et seulement jusqu'à une profondeur de 3 à 4 millimètres, le tissu osseux offrait un aspect jaunâtre, avec diminution de la grandeur des cellules et commencement d'éburnation. Augmentation de consistance, par conséquent, du tissu que l'on peut couper à peine, tandis qu'au delà et un peu plus profondément, les cellules paraissent un peu congestionnées, mais elles ont un aspect normal, et elles se laissent aisément couper. Pus assez abondant dans les articulations tibio-tarsiennes, de l'un et de l'autre côté. A gauche, les cartilages diarthrodiaux ont complétement disparu.

Ces deux observations, qui ne laissent pas que d'avoir une assez grande analogie comme symptômes et comme anatomie pathologique, diffèrent notablement sous le rapport étiologique. Dans un cas une marche forcée paraît avoir été la cause des accidents, tandis que dans l'autre il s'agit d'une lésion traumatique. Cette différence dans la nature des causes est moins grande cependant qu'on pourrait le croire *à priori ;* car il est bien évident qu'en dehors de ces circonstances externes ou causes déterminantes, il existait une modification préalable de l'économie, qui était probablement la même dans les deux cas.

En ouvrant successivement les abcès qui se développent dans

diverses parties du corps, on ne fait que combattre un des symptômes de la maladie, mais on laisse subsister la cause qui leur donne naissance. Est-on bien sûr, par ces incisions multiples et par l'ouverture de ces nombreux abcès, dont le pus s'altère promptement, d'être utile aux malades et de prolonger leur malheureuse existence ?

Cette question, qui a trait aux indications chirurgicales, mériterait au moins une solution dûment motivée.

CLINIQUE MÉDICALE.

Observation de fièvre pernicieuse convulsive chez un enfant de 4 ans. — Guérison (1).

Monsieur le Rédacteur,

Lorsque j'eus l'honneur de vous adresser, ces temps derniers, une observation de convulsions générales, survenues, à la suite d'une indigestion chez une petite fille de trois ans (*voir* le cahier du mois d'août), je vous promis l'histoire d'un autre fait; analogue dans ses résultats, mais tenant à une cause toute différente.

Comme l'autre, je désire que vous puissiez le trouver digne d'être inséré dans votre journal; c'est une *fièvre pernicieuse convulsive* chez un sujet de quatre ans. Je n'en ai rencontré que quatre dans l'espace de douze années, trois sur des enfants de deux, quatre et onze ans, et le dernier chez un adolescent.

Un tuilier de la commune de Sainte-Croix me fit appeler, en août 1833, pour voir un de ses enfants âgé de quatre ans. C'est un garçon, sec, vif, bien portant, qui a été, quelques mois auparavant, sujet à des hémorragies nasales. Pour la première fois il est malade, il a des convulsions.

---

(1) Dans une note insérée dans le précédent numéro, nous promettions à nos lecteurs la prochaine organisation d'une clinique régulière et suivie, embrassant tous les cas indistinctement, sous le point de vue du diagnostic et de la thérapeutique, nous ajouterons que notre intention est d'insister surtout sur les cas de *guérison*. Sans doute nous avons encore beaucoup à apprendre par l'anatomie pathologique; témoins les travaux soutenus de la société anatomique. Mais ne faisons pas de nos annales des catacombes où l'on ne rencontre que des morts. N'oublions pas les cas de guérison. Ces faits, bien médités, analysés par la réflexion avec autant de soin que les cadavres le sont par le scalpel, seront pour nous une source de précieuses indications. *(Note du Rédacteur.)*

6 août. Je trouve en effet le petit malade couché sur le dos, avec de légers mouvements convulsifs dans les muscles de la face ; ceux des yeux le sont aussi, car ces organes semblent sortir de leur cavité, et ils sont agités de mouvements, lents, il est vrai, mais assez forts pour faire disparaître presque en entier la prunelle. Les dents sont serrées, et parfois le corps entier se soulève par un mouvement spasmodique. Le visage est pâle, le pouls petit, faible : le corps nous paraît généralement froid, les mouvements du cœur imperceptibles.

Prescription. — Les cuisses et les jambes sont enveloppées avec du coton cardé que l'on recouvre de taffetas gommé, linges chauds sur le ventre et sur les bras, vessie d'eau chaude sur la poitrine ; et lorsque la pâleur reparaît à la peau, que le pouls se relève, que l'organe central de la circulation se réveille, deux grosses sangsues sont appliquées derrière chaque oreille ; lavement avec un peu d'huile d'amandes douces.

Sept jours après cette première visite j'en fais une seconde, et trouve mon petit malade parfaitement bien : tous les symptômes nerveux cérébraux avaient disparu, il ne se plaignait plus que d'avoir encore mal à la tête, voulait se lever. Les sangsues avaient assez abondamment donné, une selle de matières dures avait été le résultat du lavement, le pouls s'était relevé, et malgré l'évacuation sanguine il y avait coloration du visage.

J'ordonne alors une potion légèrement antispasmodique (sans opiacés) et un autre petit lavement avec quelques grains de poudre de valériane. La nuit fut bonne, il y eut un peu de moiteur, l'enfant reposa.

Le lendemain 7, à midi, les convulsions reparaissent, les symptômes sont les mêmes. Il y eut, avant leur arrivée, de la tristesse ; le malade se plaignit d'un froid de pied, il a rejeté un peu d'une panade donnée en secret. J'attribue le retour de la maladie à cette dernière imprudence. (Même traitement, à l'exception des sangsues.) A 10 heures du soir le calme reparaît.

Les deux jours suivants, 8 et 9, à trois et quatre heures de l'après-midi, nouvelle réapparition des mêmes symptômes morbides. L'enfant s'est considérablement affaibli dans l'intervalle de ces deux accès. Le dernier surtout semble le menacer d'une mort certaine ; je la redoute moi-même. C'est à peine si l'enfant respire, on ne sent plus son pouls, l'auscultation permet difficilement de reconnaître les battements du cœur. Le regard est fixe, la pupille dilatée, la face immobile.

Je n'hésite plus à considérer le retour périodique de ces accidents comme une fièvre convulsive parvenue à son summum d'intensité, et prescris de suite les moyens suivants, s'il y a possibilité d'y recourir.

1° Faire prendre à deux heures du matin un quart de lavement avec :

Décoction de quina . . . . q. s.
Sulfate de quinine. . . . . gr. viij.

2° Appliquer à la même heure, sous les bras et à la partie supérieure interne des cuisses, du cérat dans lequel on a incorporé, mélangé de la quinine.

3° S'il y a possibilité, donner à l'enfant, dans un peu de gelée d'oranges,

Sulfate de quinine. . . . . gr. ij.

A l'heure indiquée, sa position ne paraissant pas aussi alarmante, ma prescription est remplie, mais en partie seulement, le fébrifuge n'ayant pu être administré de la dernière manière par rapport au trismus et à la gêne de la déglutition. Le petit malade n'a pas repris sa connaissance. Toute cette journée du 10 semble cependant moins mauvaise que la précédente. Même prescription que la veille pour le lendemain 11, à deux heures du matin.

Cette fois, pour que l'action de la quinine fût plus prompte, je fis appliquer la veille deux petits vésicatoires aux cuisses; on les lève le 11, dans la matinée. La plaie est recouverte avec de la quinine légèrement délayée avec de la salive, et le tout est recouvert avec un morceau de diapalme.

Le 12, l'enfant va bien, il a toute sa connaissance, je lui fais avaler, sans trop de difficulté, dans une cuillerée de gelée d'oranges, trois grains de sulfate de quinine.

Le traitement s'arrêta là, parce que la guérison, à partir de ce jour, fut complète.

Réflexions. — Le fait que je viens de rapporter était le premier qui s'offrait à moi, je crus au premier abord à une affection idiopathique, et le retour des symptômes cérébraux, le 7 à midi, me parut tenir à l'imprudence des parents qui avaient donné une panade à leur enfant.

Cependant le 8, à trois heures, lorsque je vis apparaître les mêmes phénomènes morbides une troisième fois, je commençai à croire que je m'étais trompé : le traitement néanmoins avait été jusque là rationnel; mais l'irritation congestive se reproduisant périodiquement sur l'encéphale, une autre médication devait maintenant s'en suivre. C'était par l'antipériodique que je devais

chercher à la combattre : j'en fis l'essai, qui fut, comme on l'a vu, couronné d'un plein succès.

Ici, comme toujours, les convulsions n'ont été qu'un symptôme, qu'un effet sympathique, que le résultat d'une irritation sur la substance cérébrale, sur la pulpe nerveuse, dont le retour périodique avait pour cause celle de toutes les affections pyrétologiques. Qu'elles tiennent à une indigestion, à une cause morale, comme la frayeur, la jalousie, la présence des vers dans les intestins, ou à l'hypertrophie de l'encéphale, au surcroît de vitalité de ce viscère, toujours est-il que, dans ce cas, la médecine symptomatique serait des plus dangereuses; car, pour arriver à un résultat heureux et sûr, il est indispensable que la médication soit en rapport avec la cause.

HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS.

Enfants nouveau-nés et à la mamelle. — Études préliminaires (*suite*), par le docteur VANIER.

Quelques généralités sur la Symptomatologie de l'enfance considérée à toutes les périodes.

Le titre de cet article indique assez que mon intention n'est pas de présenter ici la *généralisation* des éléments syptomatologiques de l'enfance. C'est là un travail important que nous accomplirons avec le temps. Les *généralités* ouvrent la marche des études en préparant les esprits ; les *généralisations* étant l'expression la plus compréhensive de la science, satisfont les esprits, en complétant les études. Commençons par les généralités. Les sujets qui n'auront pas été mentionnés sous ce titre, trouveront leur place naturelle dans la partie consacrée aux généralisations.

Cette esquisse comprendra deux parties, l'une que nous désignerons sous le nom de *symptomatologie générale* ; l'autre sous celui de *symptomatologie spéciale de l'enfance.*

Quels sont les éléments qui constituent et doivent faire apprécier les différences des maladies, tant du jeune âge et des autres époques de la vie, que des différentes époques de l'enfance entre elles ? Ces éléments sont : la faiblesse générale de l'organisation,

l'état rudimentaire et le travail d'évolution de l'organisme; l'inertie ou la grande activité de certains organes et de certaines fonctions; et de là, dans l'économie, le travail d'entretien, de croissance continuelle; de là, l'irritabilité inégalement répartie, inconstante; les accidents d'un accroissement trop rapide ou entravé dans sa marche : l'alimentation si différente de celle des adultes, à toutes les époques de l'enfance; la lactation chez les enfants à la mamelle et les accidents du sevrage; les aliments de fantaisie chez les enfants plus âgés; les dispositions morales que produit l'enfance, et notamment, celles qui aux approches de la puberté influent si puissamment sur l'organisme.

Ainsi, 1° Différence entre l'enfant et l'adulte, due à l'influence exercée par tous les agents imaginables, depuis un plus ou moins grand nombre d'années; chez ce dernier, à mesure qu'il est plus ou moins âgé, et chez le premier, au contraire, depuis une époque d'autant moins éloignée qu'il est plus jeune.

2° Différence établie par la susceptibilité plus grande chez les enfants que chez les adultes à toutes les impressions actuelles.

3° A la différence qui résulte de l'action de ces influences communes, mais subies plus ou moins longtemps, selon les âges; ajoutons celle que doit établir l'absence d'un grand nombre d'influences auxquelles l'enfant, en raison de son âge, n'a pas été exposé comme l'adulte.

Par suite de toutes les circonstances que nous venons de mentionner, il est des nuances que viennent imprimer aux maladies chez les enfants certaines prédominances organiques, prédominances qui résident, suivant diverses opinions, dans des organes tout à fait différents : au cerveau, dans les organes digestifs, dans le système nerveux, dans le système circulatoire, dans le système des vaisseaux lymphatiques.

Aussi, ne mentionnerons-nous ici que pour mémoire, avec M. Berton, l'opinion de Stahl, d'Hoffmann et autres qui voyaient dans la tête le siége de toutes les maladies aiguës chez les enfants; celle d'Ettmuller adoptée par d'autres médecins, qui attribuait les maladies du jeune âge, à l'état de langueur des organes digestifs; celle de Gardien qui prescrivait les toniques, afin d'augmenter l'action des glandes et des vaisseaux lymphatiques.

Ces circonstances sont précisément les causes principales des affections spéciales de l'enfance, et agissent avec d'autant plus d'influence que les enfants sont plus jeunes.

Celle de certains médecins qui ont considéré les maladies des enfants comme différant entièrement de celles des autres âges, ainsi que le rappelle M. Berton; celle d'Harvey et d'Amstrong qui pensaient que les enfants ne sont pas sujets au même nombre de maladies aiguës et chroniques que les adultes; enfin la la croyance qui, à certaine époque, donna une importance presque exclusive aux maladies vermineuses.

Diversité d'opinions qui doit, par cela seul qu'elles émanent de puissantes autorités médicales, nous faire admettre provisoirement que la prééminence organique n'est point exclusivement dévolue à tel organe plutôt qu'à tel autre; mais que cette suractivité *puérile* existe souvent dans tel appareil d'organe, souvent dans tel autre, sauf à découvrir, par les procédés exacts de l'observation moderne, l'organe où elle réside le plus souvent.

Parmi toutes ces circonstances, il en est d'importantes qui doivent fixer l'attention du médecin, soit comme phénomènes physiologiques, soit comme causes organiques du grand nombre de maladies spéciales ou de formes spéciales que les maladies affectent chez les enfants.

Divisions de l'enfance. — La nature a-t-elle marqué par certains phénomènes diverses époques dans l'enfance? ou devons-nous considérer celle-ci comme une suite d'instants successifs, comme un tout continu, sans distinction de parties? Si nous envisageons cette question en vue de la pratique, nous verrons qu'elle se rattache à l'étude des influences spéciales exercées pendant l'enfance sur la production des maladies.

Sans cette considération, je m'en serais tenu à la division que tout le monde connaît; mais j'ai entrevu dans l'étude de ces influences spéciales, la possibilité d'une division véritablement médicale.

Il n'y a pas jusqu'aux parties les moins importantes de nos études que nous ne devions chercher à ramener dans le domaine des idées pratiques. C'est ce que je vais essayer pour la question, d'elle-même assez indifférente, de la division de l'enfance.

Il y a une première série d'influences qui s'exercent pendant

toute la période de l'enfance, que l'on peut à ce point de vue considérer comme un laps de temps continu, sans distinction de parties; une seconde série d'influences se compose de celles qui s'exercent à des époques déterminées et limitées du jeune âge. Celui-ci se trouve ainsi naturellement divisé en plusieurs périodes.

Le principal avantage de cette *division étiologique de l'enfance*, sera de porter tout d'abord un certain ordre dans l'étude des influences nombreuses qui s'exercent spécialement pendant l'enfance; et, il faut le reconnaître, il s'agit bien moins, au point de vue des maladies, de la diviser en périodes, comme on l'a fait exclusivement jusqu'ici, que de coordonner et de grouper par catégories les influences médicales exercées par certains phénomènes propres à cet âge. C'est d'après ces idées que je vais établir les bases d'une division naturelle.

1° Phénomènes propres à toute la période de l'enfance;

2° Phénomènes propres à une ou plusieurs époques de cette période ou à des époques limitées.

Les phénomènes dont l'influence s'exerce durant toute l'enfance, quoique à des degrés différents, sont : la faiblesse générale, l'état rudimentaire et le travail d'évolution de l'organisme, l'inertie ou la grande activité de certains organes et de certaines fonctions (irritabilité des systèmes nerveux et vasculaire); l'alimentation considérée en général; le travail d'entretien, de conservation, de croissance continue, l'irritabilité *puérile*, physique et morale; les coutumes et les habitudes de pays ou de famille qui sont contraires à l'hygiène des enfants.

Les phénomènes dont l'influence est bornée à un temps limité sont : les circonstances qui, au moment de l'accouchement, peuvent avoir pour l'enfant des effets plus ou moins fâcheux; la nouveauté des agents extérieurs au moment de la naissance, l'allaitement, le sevrage; les deux dentitions; les accidents précurseurs de la puberté, et souvent avant cette époque, les habitudes perverses des enfants.

Outre que cette division *étiologique* a l'avantage de ne pas limiter les influences rigoureusement depuis tel âge jusqu'à tel autre, mais de les supposer dans leurs limites variables, nous y retrouvons la division *périodique* diversement exprimée par les auteurs, savoir :

1° La période totale de l'enfance comprise entre la naissance et la puberté ;

2° L'enfance des *nouveau-nés* et des *enfants à la mamelle ;*

3° L'enfance comprenant les deux dentitions, depuis la naissance jusqu'à l'âge de sept ans (première enfance de Hallé);

4° L'enfance comprise entre l'âge de sept ans et les signes de la puberté qui, généralement, arrivent deux ans plus tôt pour les filles que pour les garçons, c'est-à-dire de 12 à 15 ans pour les premières, et de 14 à 16 pour les seconds (seconde enfance de Hallé).

Nous poursuivrons ces études, en commençant par les généralités que nous avons annoncées sur la symptomatologie considérée exclusivement pendant l'allaitement.

Nous dirons ensuite quelques mots sur l'examen des enfants qui ont passé cette époque et sur la symptomatologie générale de cette seconde période.

La distinction qui s'établit entre l'examen des nouveau-nés et celui des enfants au delà de l'allaitement, est indiquée par les différences que présentent, à ces deux époques, les difficultés de l'exploration. « Le jeune enfant, dit M. Berton, n'exprime pas sa souffrance comme l'enfant plus âgé, et ne souffre pas le plus souvent de la même manière ou des mêmes maux que lui. » Les causes d'erreur pour le médecin ne sont pas les mêmes. Nous éviterons ainsi la confusion qui, pour le lecteur, résulte de la lecture de certains auteurs qui, n'ayant pas envisagé séparément l'exploration clinique et la séméiologie des enfants à la mamelle et celles des enfants plus âgés, oublient de désigner l'époque à laquelle s'observent quelques-uns des phénomènes qu'ils décrivent; et donnent parfois des conseils, sans préciser l'époque à laquelle ils sont exclusivement applicables.

Enfin nous ferons le résumé complet de la *pathologie spéciale*, considérée à toutes les époques de l'enfance. Arrivés à cette partie de ces études préparatoires, nous donnerons le modèle réduit de la *méthode comparative*, dont nous avons parlé dans notre introduction (avril, 1841, n° 1, p. 9). Nous comparerons les maladies entre elles, de manière à faire ressortir les signes distinctifs qui séparent chaque maladie des affections que l'on peut confondre avec elle.

Après avoir ainsi jalonné notre route, nous reviendrons sur nos pas, pour décrire plus en détail toutes les maladies étudiées chez les enfants.

Nous les décrirons alors, non plus sous la forme dogmatique, mais sous la forme clinique, c'est-à-dire non plus dégagées de complication, mais telles que la pratique les offre le plus souvent à l'observation. La médecine clinique la plus difficile est tout entière dans les complications. Celles-ci modifient tellement les ma-

ladies, que les caractères décrits dans les traités disparaissent en quelque sorte dans la pratique et y sont souvent méconnaissables. La mission de cette revue clinique est donc de présenter les maladies de telle façon, que le praticien contracte l'habitude de les reconnaître à travers les complications et les modifications qu'elles subissent. La marche continue que nous suivrons dans le plan d'études de cette revue, destinée à enregistrer en même temps les progrès de la science, est indispensable dans une étude aussi difficile, aussi compliquée que celle des maladies de l'enfance.

Une revue pouvait seule se prêter à ce double but : méthode et progrès.

Quelques généralités sur la symptomatologie des enfants à la mamelle.

Après avoir dit la manière d'examiner les organes, nous avions à faire connaître sommairement les *états* dans lesquels le praticien peut le plus ordinairement les rencontrer.

Etat de la peau. — Coloration. C'est dans l'œdème des nouveau-nés que l'on voit persister le plus longtemps la couleur rouge; elle est alors très foncée et vineuse. La couleur jaune consécutive se montre chez ces mêmes enfants avec sa plus forte intensité. Comme le fait remarquer M. Valleix, c'est à tort que d'après cela on a regardé l'ictère comme inséparable de l'induration du tissu cellulaire.

La couleur jaune se produit, au contraire, graduellement, en prenant une légère nuance verte et générale, dans quelques cas de diarrhées très abondantes, survenues rapidement. Dans le premier cas, les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre; dans le second, elles sont jaunes (Valleix). Dans les affections intestinales de longue durée, la peau est ordinairement brune, sèche, et les papilles en sont saillantes. C'est chez les enfants potelés à la mamelle, que l'on voit surtout les érythèmes et les gerçures, qui siégent principalement dans les plis de la peau.

Etat et expression de la face. Au commencement des maladies aiguës il y a souvent animation du visage, que remplace bientôt la pâleur. Les lèvres vivement coloriées en rouge doivent faire soupçonner une phlegmasie des voies aériennes et surtout du poumon, tandis que la coloration de l'une des joues, si fréquente dans cette dernière affection chez les adultes, est rare chez les enfants.

Dans les douleurs sourdes causées par une maladie chronique, dans le cas de malaise général, de fatigue, de digestion difficile, on observe l'expression douloureuse de la face. Dans les dyspnées intenses, les traits de la face ont l'expression d'une grande anxiété. Dans les *affections abdominales chroniques*, cette expression, plus ou moins perceptible, est permanente; il y a en même

temps langueur, abattement, teint pâle et flétri. Même expression dans le cas d'hydrocéphale aiguë et d'inflammation franche ou pelliculaire des voies aériennes (Billard). Dans les *affections abdominales aiguës*, vers leur dernier terme, un cercle bleuâtre se forme autour des yeux, qui s'enfoncent dans leur orbite : les pupilles sont dilatées, la face est pâle *hypocratique.*

La *face grippée* existe d'une manière continue dans la pneumonie; elle est, au contraire, inermittente dans le muguet ; ce qui a fait penser à M. Valleix que l'expression de la face, dans ces cas, indiquait l'existence des coliques revenant à de courts intervalles (trait oculo-zygomatique).

Il y a absence de toute expression dans l'œdème des nouveau-nés. C'est là un signe négatif précieux.

Les altérations des traits de la face se réduisent, d'après M. Jadelot, à trois traits pathognomoniques : dans les *affections nerveuses* et *cérébrales*, le trait part du grand angle de l'œil, et se perd au-dessus de la saillie formée par l'os malaire, c'est-à-dire au-dessus de la pommette; dans les affections *gastro-intestinales*, et des viscères du bas-ventre, le trait commence à la partie supérieure de l'aile du nez, et descend vers l'angle des lèvres (trait nacal et génal) ; dans les *affections de la poitrine et du cœur,* il naît, vers l'angle des lèvres, et se perd au bas du visage (trait labial).

Il est d'autres expressions de la face indiquées par M. Jadelot qui seront mentionnées plus tard.

L'intermittence des mouvements s'observe dans certains cas d'entérite intense ou de muguet. Elle coïncide avec l'intermittence de la contraction douloureuse des traits de la face.

Etat de la voix. — Cri spontané. Vers la fin de toutes les maladies, le cri spontané devient un simple grognement plaintif, à peine entendu (Valleix); la reprise n'existe plus. Dans les pneumonies, ce grognement est presque continu. Lorsque *le cri* est *étouffé* et que la reprise seule se fait entendre, c'est un indice presque certain d'un engouement ou d'une inflammation pulmonaire, c'est que l'air ne pénètre ou n'a pénétré que difficilement dans les poumons. Tel peut être le cri d'un enfant qui n'a pas respiré. Ce signe peut donc contribuer à éclairer le diagnostic des maladies du poumon.

Le cri étouffé peut avoir lieu dans l'agonie, à la fin d'une maladie dont les progrès ont réduit l'enfant à une extrême faiblesse. Dans ces cas, il devient un signe certain de mort prochaine, si en même temps, le *faciès* est hypocratique.

Le cri étouffé est donc, comme le cri imparfait, un signe très probable de l'engouement et de l'inflammation des poumons et un signe possible de l'inflammation de la glotte et des bronches.

Le cri étouffé peut devenir *nul* dans les cas de pneumonie très

intense, dans les derniers jours de la vie. Alors on trouve le larynx et les bronches phlogosés.

Le *cri pénible* peut avoir pour cause une affection des organes respiratoires, une pleuro-pneumonie avec épanchement; Billard l'a observé dans un cas de ramollissement gélatiniforme de l'estomac, dans un cas d'encéphalite, dans un cas de péritonite aiguë, dans un cas de péricardite. Le cri pénible sera donc le signe probable de l'existence d'une maladie grave dans quelque partie du corps.

Le cri *aigu* caractérise une angine intense, une strangulation imminente, produite par un corps étranger dans le larynx, la coqueluche, l'angine gangréneuse (cri inspiratoire bruyant); l'angine croupale (cri inspiratoire comparé, dans ce dernier cas, à cause de sa raucité, au chant du jeune coq).

Le cri hydrencéphalique est un symptôme pathognomonique de l'hydrocéphale aiguë. Des médecins qui font autorité, nient l'existence de ce cri particulier, ou du moins ne lui reconnaissent pas la valeur que nous venons d'indiquer.

Le cri aigu est, en général, plutôt le signe d'une angine laryngienne ou laryngo-trachéale que d'une inflammation des poumons.

Le cri voilé est fréquent dans les affections catarrhales. Il annonce, ou que les bronches sont remplies de mucosités, ou qu'il existe une phlegmasie soit simple soit pseudomembraneuse des bronches ou du larynx. Le cri et la voix restent longtemps voilés chez les enfants qui ont eu le croup.

Cri chevrotant. Billard, après avoir trois fois rencontré ce cri chez les enfants qui, ayant succombé à une entérite chronique, présentèrent un œdème considérable de la glotte, a considéré ce cri comme un signe de l'angine édœmateuse.

Le cri *singultueux* accompagne l'angine suffocante, c'est-à-dire la névrose des principaux organes de l'appareil respiratoire.

Le cri *précipité* est ordinairement produit par la douleur subite que cause une piqûre, une brûlure. On l'observe dans certains cas de coliques, dans l'iléus, dans la péritonite.

Plus le cri est court et accéléré, plus on doit penser que la respiration est difficile ou douloureuse.

État de la respiration. — Quelquefois gêne de la respiration, irrégularité et accélération de cette fonction (orthopnée) dans certaines affections bronchiques et pulmonaires peu étendues; mais chez les enfants rachitiques dont le thorax est déformé. La dyspnée peut être l'effet d'un développement considérable des ganglions bronchiques, quelquefois de la présence d'une quantité considérable de mucosités accumulées dans toutes les ramifications des bronches par suite du défaut d'expectoration.

Il y a des symptômes de suffocation quelquefois très pronon-

cés dans des cas d'angine et de trachéite, dans le vrai et même dans les faux croups.

État fébrile. État du pouls : — L'un des premiers symptômes qui annoncent l'invasion du muguet, c'est l'accélération du pouls (Valleix); l'enfant ne paraît pas encore malade, que déjà un trouble de la circulation marque le début de l'affection. A côté de ce fait, dont il faut être prévenu pour se mettre en garde contre l'invasion de cette maladie et chercher à la prévenir, il faut placer cet autre fait d'observation, que, chez les nouveau-nés, sans qu'il y ait une agitation réelle, le moindre mouvement suffit, comme le fait remarquer M. Valleix, pour accélérer notablement le pouls chez un enfant parfaitement sain et que rien ne menace. Tel est aussi l'effet du sentiment de la faim ou de tout autre besoin.

Dans le mouvement fébrile que déterminent le muguet et la pneumonie, dit M. Valleix, l'accélération du pouls joue l'un des principaux rôles.

Dans l'œdème des nouveau-nés, le pouls est ralenti.

Chez le nouveau-né, le pouls normal est très mou et très dépressible, tandis que, dans le fort de la fièvre, il devient dur et plein. A la fin de toutes les affections, il est moins fréquent qu'à l'état normal, et en même temps il se concentre.

Il est souvent très lent dans la convalescence.

Est-il vrai que les caractères particuliers que présente le pouls chez les adultes dans l'apoplexie, la péritonite, la pneumonie, certaines névroses, ne s'observent pas chez les enfants? Cela est-il vrai surtout pour le pouls abdominal? Les faits répondront. On peut dire qu'en général les pulsations de l'artère, dans les maladies aiguës, sont petites, vites et fréquentes, et qu'elles sont plus ou moins résistantes et dures selon l'état des forces. Nous avons dit que, chez un enfant parfaitement sain, sous l'influence de certaines causes physiologiques, il peut y avoir accélération du pouls. En le consultant seul, on peut être induit en erreur; mais à côté des troubles de calorification, ceux de la circulation acquièrent une valeur séméiotique plus grande. Nous sommes donc naturellement conduits à parler ici de la température chez les enfants.

État de la température. — La chaleur de la peau n'ayant rien de particulier chez les enfants, nous n'avons pas à en parler; mais du moment qu'en proportion inverse de la valeur du pouls comme élement de diagnostic, elle acquiert elle-même plus de valeur, nous devons, dans cette esquisse de *symptomatologie générale*, en citant quelques exemples, chercher à faire comprendre la nécessité où est le praticien de comparer l'état du

pouls à celui de la chaleur, et réciproquement. Pour donner une notion exacte et complète de la valeur comparative du pouls et de la température, je dois faire remarquer que l'état du pouls a moins de valeur que l'état de la chaleur, dans une proportion tout autre, selon que l'on compare ces deux états pendant la veille ou pendant le sommeil. C'est que la plupart des circonstances physiologiques qui peuvent modifier le pouls pendant la veille, n'existent pas ou n'ont aucune influence pendant le sommeil.

Pendant la veille, chez un enfant à la mamelle, l'état de la chaleur a toujours plus de valeur que l'état du pouls.

On rencontre les deux cas suivants :

Le pouls est modérement fréquent, mais la chaleur de la peau est élevée ; le pouls est très fréquent, mais la chaleur de la peau est nulle.

Dans le premier cas, nous diagnostiquerons la fièvre beaucoup plus sûrement que dans le second ; il y aura doute dans le second cas ; il n'y en aura aucun dans le premier.

Pendant le sommeil, l'état du pouls peut avoir une plus grande valeur que celui de la peau ; ainsi, chez un nouveau-né, pendant le sommeil, la chaleur de la peau est peu notable, mais le pouls est fort et fréquent : nous pouvons diagnostiquer l'état fébrile ; il faut même, en pareil cas, soupçonner l'existence d'une pneumonie qui peut être très grave. Chez un enfant atteint de pneumonie, il y a refroidissement, parce que le poumon, source de chaleur, ne développe plus assez de calorique ; si les organes de la nutrition interstitielle, autre source de chaleur, sont assez malades pour empêcher l'assimilation, il y aura là encore une cause de réfrigération. Si donc on voit un refroidissement considérable, suivre un premier mouvement fébrile, on pourra songer à une phlegmasie du poumon ou de l'intestin, ou de ces deux organes à la fois (pneumonie, lientérie, etc.). Dans ces cas, plus l'enfant conserve longtemps de la fièvre, plus il a de chances de vivre et de résister à la maladie ; il a d'autant moins de chances, au contraire, qu'il a éprouvé, plus près du début des accidents, un abaissement considérable de la chaleur.

Dans une leçon clinique, M. Trousseau, en comparant chez les enfants l'état de la chaleur avec l'état de la phlegmasie locale, pour prouver que l'intensité de la première n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la seconde, citait l'exemple du muguet et d'une fluxion des gencives lors de l'éruption des dents, maladies qui toujours sont accompagnées d'une grande chaleur de la peau et d'une fièvre vive. Nous avons dit, avec M. Valleix, que, dans le mouvement fébrile que détermine le muguet, l'accélération du pouls joue un des principaux rôles. Dans

le muguet, il y a donc accélération du pouls et grande chaleur de la peau. De là, pouvons-nous conclure, avec M. Trousseau, que, chez les très jeunes enfants, l'intensité de la fièvre, sous le rapport de la température surtout, dénote souvent une affection peu grave? ou ne devons-nous pas conclure plutôt que le muguet est souvent une affection plus grave et plus générale qu'on ne le pense; ce que l'on peut concevoir sans être arrêté par l'absence dans le muguet de ce refroidissement qui, dans certaines maladies de l'intestin, annonce le défaut de nutrition interstitielle.

Après avoir épuisé ce que nous avions à dire dans ces études, sur la circulation, il nous resterait à ajouter, sous forme d'appendice, quelques mots sur l'organe central de cette fonction. Nous les eussions empruntés au mémoire de M. le docteur Vernois, *sur les dimensions du cœur chez l'enfant nouveau-né*; mais nous aurons occasion de faire connaître au lecteur ces utiles recherches, lorsque nous nous occuperons de certaines affections du cœur chez les enfants. Elles nous serviront alors de point de départ.

État de la bouche. — Nous disions il y a un instant que l'un des premiers symptômes qui annoncent l'invasion du muguet, c'est l'accélération du pouls; c'est là une circonstance qui fera comprendre la necessité d'examiner avec soin la bouche de l'enfant, pour s'assurer qu'il existe quelque pseudomembrane sur quelque partie de cette cavité. Du moment que l'on trouve une accélération du pouls que rien n'explique, il faut tous les jours explorer minutieusement la bouche, chez un enfant nouveau-né, et se tenir en garde contre le développement du muguet.

L'introduction du doigt dans la bouche est douloureuse, surtout lorsque l'inflammation de la muqueuse, dans le muguet, a atteint un haut degré d'intensité.

Les caractères que présente la langue dans les affections des organes digestifs chez les adultes sont les mêmes chez les enfants, mais ils sont moins constants.

La rougeur de cet organe n'est pas toujours un signe pathologique. Elle peut être l'effet de la succion du mamelon.

La rougeur vive de la gorge chez les très jeunes enfants, peut être le résultat de cris violents, prolongés.

La rougeur de la gorge a une teinte vineuse dans la scarlatine; dans les angines autres que l'angine scarlatineuse, elle est d'un rouge écarlate.

État de la dentition chez l'enfant à la mamelle, Le médecin doit constater l'état de chacun des phénomènes du développement chez l'enfant; la dentition est un de ces phénomènes d'évolution. De même qu'il a été l'objet de recherches multipliées, de même il y aurait de belles études à faire sur la croissance en général, sur le développement de chaque organe, sur les modifications que

ces développements apportent dans l'économie entière, etc., etc. Les questions de cette nature seront traitées à part.

Nous commencerons prochainement par la dentition. M. le professeur Trousseau a publié récemment sur cette importante question un travail intéressant qui concerne les enfants à la mamelle. Nous le ferons connaître à nos lecteurs. Disons un mot seulement sur les acidents de la dentition.

L'examen clinique de la dentition devra porter sur l'état des gencives dans leurs rapports avec les dents. On cherchera à savoir si l'enfant n'est pas actuellement sous l'influence d'une *crise* d'évolution dentaire, qui peut être cause d'une turgescence subinflammatoire des gencives (gencive soulevée, dure, rouge), et par extension, de rougeur érythémateuse des joues (feux de dents). L'enfant porte sur les gencives tous les objets qu'il saisit. Il y aura agitation, maussaderie, agacement nerveux, insomnie, quelques symptômes fébriles éphémères, surtout la nuit, dérangement dans l'état général de la santé; chairs molles, yeux cernés, teint pâle; elle peut occasionner le ptyalisme, la phlogose des muqueuses environnantes, ou du tissu cutané (stomatite, ophthalmie, lichen, eczéma de la face, du cuir chevelu), des diarrhées quelquefois passagères, quelquefois prolongées, quelquefois chroniques, des vomissements bilieux subits, en même temps que des selles aqueuses sont rendues; des angines, de la toux, des bronchites. Lorsque la dentition est laborieuse, souvent il se manifeste des mouvements fébriles, compliqués fréquemment de phénomènes nerveux : une congestion se fait vers la tête, alors des phénomènes convulsifs se déclarent : une irritation, une inflammation cérébrale survient, qui se manifeste par des vomissements, par de la somnolence, de la constipation, etc., etc. Les vomissements peuvent être l'effet de l'irritation de l'estomac. Dans son mémoire sur la dentition chez les enfants à la mamelle, le professeur Trousseau dit que la cause occasionnelle la plus fréquente de la convulsion chez des enfants qui font leurs dents, c'est une indigestion, et ce fait, dit-il, a frappé tous les praticiens. Les enfants mangent trop, leur estomac et leurs intestins sont irrités; il se fait une indigestion, et la scène morbide s'ouvre souvent par une ou plusieurs attaques d'éclampsie.

Les affections que je viens de mentionner sont-elles les effets du travail de la dentition, ou bien, quelques-unes du moins ne sont-elles pas plutôt les effets d'un travail d'évolution dans le système organique où elles ont lieu, travail coïncidant avec celui de l'évolution dentaire? La discussion approfondie, et ramenée dans le champ des applications, pourrait conduire à des indications utiles; bornons-nous ici à constater leur coïncidence avec le travail de la dentition.

Etat de l'estomac. — Les sucs acides dont le canal intestinal est habituellement le siége chez les enfants à la mamelle, déterminent dans l'estomac la coagulation caséeuse du lait. Si ce lait coagulé n'est pas rejeté par régurgitation, il peut se trouver dans les déjections, qui alors exhalent une odeur d'aigre.

Cet état physiologique des liquides intestinaux chez les enfants peut devenir la cause de nombreux accidents morbides.

C'est surtout chez les nourrissons faibles, à peau fine et transparente, que les acidités sont le plus prononcées.

Les régurgitations ont souvent lieu chez les enfants à la mamelle, même à l'état de santé. Les vomissements, au contraire, sont assez rares, et si en général, chez les enfants, les vomissements sympathiques sont fréquents, c'est chez les enfants plus âgés. La gastrite ne les provoque pas toujours chez eux, ainsi que le fait observer M. Berton ; ils sont encore moins pathognomoniques, ajoute-t-il, dans l'association de cette phlegmasie avec celle du petit et du gros intestin.

Quant à la douleur à la region épigastrique, la pression semble très ordinairement y développer une sensation pénible.

Etat du ventre. — Chez le jeune enfant, lors même qu'il est bien portant, le ventre est ordinairement gros, ballonné, sonore à la percussion. La douleur abdominale n'est pas constante ; elle est presque toujours vague. C'est avec peine que, dans quelques cas rares, *le palper* en détermine le siége.

Etat des selles. — Chez le nouveau-né, la rétention du mœconium au delà de 10, 20 ou 40 heures de la naissance, peut dépendre de sa consistance visqueuse ; de la faiblesse de naissance, de la privation du colostrum ou premier lait ; l'asphyxie ou apoplexie, d'un rétrécissement soit organique, soit spasmodique du rectum, d'une imperforation de l'anus.

Dans la première enfance, les garde-robes sont toujours plus ou moins molles, souvent liquides ; elles sont fréquentes, même à l'état de santé. Il faut qu'elles dépassent le nombre de 3 ou 4 dans les vingt-quatre heures, pour qu'elles indiquent un dérangement dans les fonctions intestinales.

La diarrhée est un symptôme très commun dans les affections des voies digestives, chez les petits enfants surtout.

Tout en réfléchissant à la difficulté de préciser, d'après les modifications que présentent les matières fécales, soit dans leur quantité, soit dans leurs qualités, le siége de la lésion intestinale, admettons, avec un grand nombre de médecins, qu'ordinairement les déjections verdâtres, semblables à des épinards, indiquent une altération de l'intestin grêle, et notamment des plaques de Payer ; les déjections muqueuses blanchâtres, une

altération de la muqueuse du gros intestin ; les déjections séreuses, contenant des débris de fausses membranes, et surtout les déjections sanguinolentes, une inflammation vive du colon et du rectum.

Etat du système adipeux. — *Amaigrissement apparent.* — Il est des enfants qui naissent avec une bouffissure plus ou moins considérable du tissu cellulaire, qui leur donne l'apparence de l'embonpoint. Cette bouffissure venant à disparaître, les nourrices conçoivent de l'inquiétude, croyant que leur enfant maigrit.

Etat du système nerveux. — L'irritation directe ou sympathique du cerveau produit, chez les enfants, des affections qui se manifestent par le désordre fonctionnel de la vie de relation, depuis la simple excitation nerveuse, jusqu'aux phénomènes convulsifs.

L'état fébrile détermine facilement, tantôt l'assoupissement, tantôt le délire qui n'est jamais bien appréciable chez les enfants à la mamelle.

Etat de sensibilité. — Dans l'œdème du tissu cellulaire, insensibilité presque complète. Dans la période fébrile du muguet et de la pneumonie, le moindre mouvement produit une vive agitation. A la fin de ces mêmes affections, rien ne peut faire sortir les malades de leur état d'inertie.

Etat dynamique. — 1° *La faiblesse de naissance* peut être, suivant quelques médecins, indépendante de toute affection. Elle se reconnaît à la maigreur du nouveau-né, à la pâleur de ses lèvres, à la faiblesse de son cri, à l'impossibilité de saisir le sein, etc. Elle s'accompagne souvent de déjections vertes et acides.

2° La *faiblesse*, la débilité, l'étiolement des nouveau-nés est ordinairement le résultat d'une altération profonde de quelque organe : une inflammation intense de l'appareil gastro-intestinal, une pneumonie congéniale, une péritonite préexistante à la naissance, une pleurésie chronique intra-utérine, etc. Cependant l'émaciation peut exister chez un nouveau-né qui n'est atteint d'aucune lésion.

3° La *force*, la fraîcheur peut exister chez un nouveau-né qui porte cependant une désorganisation profonde de l'appareil cérébro-spinal, une congestion sanguine du cerveau, des poumons, du tube intestinal.

4° L'extrême postration marque surtout la dernière période des affections cérébrales; en même temps on remarque une lenteur extrême dans les mouvements respiratoires, une dilatation considérable des pupilles, et le renversement des yeux.

5° L'extrême agitation, la plus grande mobilité, existent sou-

vent au début de certaines maladies, surtout des fièvres éruptives.

6° *Attitudes particulières.*—La plus remarquable est celle de l'enfant replié sur lui-même, les cuisses fléchies sur le bassin, dans certains cas, soit de contracture des membres, soit de coliques violentes, etc.

Ici se terminent les généralités qui devaient servir d'introduction à la clinique des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Nous serons désormais en mesure de publier, concurremment avec les observations recueillies à l'hôpital des Enfants malades, celles qui auront été puisées à l'hospice des Enfants trouvés et des orphelins réunis. Nous continuerons, dans le prochain cahier, ces études préparatoires, en commençant par la symptomatologie générale des autres périodes du jeune âge.

BIBLIOGRAPHIE.

Le *Traité pratique des maladies des enfants* par M. Berton, ne s'est point fait attendre. Comme nous l'avons dejà dit, ce livre porte le titre de *Seconde édition;* il est cependant bien différent de ce qu'il était dans la première; c'est une transformation complète. Les articles principaux que contenait celle-ci, ont été entièrement refondus et dotés d'un grand nombre de citations, de faits et de déductions. Une foule de descriptions nosographiques entièrement neuves, ont été ajoutées à ce nouveau *traité*, que l'auteur a su rendre éminemment pratique par le concours des faits et des opinions dont il expose l'analyse, et par les développements qui ont été donnés à la partie thérapeutique.

Dans le chapitre des considérations générales, M. Breton regrette qu'aux observations importantes recueillies dans les hôpitaux, manque fréquemment le complément des inductions provenant de la pratique civile. C'est une lacune que son livre vient remplir. Ce n'est pas à dire que le livre de M. Breton soit la plus haute expression possible de la médecine des enfants; mais si l'on veut considérer que ce livre traite les questions dégagées de tout ce qui n'est pas immédiatement applicable à la pratique; si l'on veut considérer qu'il embrasse toutes les périodes de l'enfance depuis la naissance, on trouvera que c'est le

traité didactique des maladies de l'enfance le plus complet, le guide le plus pratique que nous possédions aujourd'hui.

Le défaut d'espace nous oblige à nous en tenir à cette appréciation générale du livre de M. Berton ; nous y reviendrons pour l'étudier à fond, en nous livrant à un examen détaillé dans lequel nous apprécierons les réflexions et les conseils de son expérience. Nous n'entrerons pas dans tous les détails de ce livre, mais nous en parcourrons les diverses parties pour les comparer aux recherches des auteurs les plus modernes, et pour apprécier les éléments nouveaux par lesquels M. Berton contribuera à combler les lacunes laissées par ses devanciers dans les parties de la science qu'ils n'ont pu traiter que d'une manière incomplète. La critique qui compare est la plus profitable au lecteur.

On concevra combien il était important de fonder une revue spéciale des maladies de l'enfance à une époque où devraient naître, après tant de monographies, des traités spéciaux entrepris par les médecins qui se sont occupés plus spécialement de la médecine des enfants. L'ouvrage annoncé par MM. Rilliet et Barthez, va bientôt paraître. Des lettres sur les affections des enfants à la mamelle, sont de temps en temps publiées par le professeur Trousseau.

On imprime en ce moment les recherches de notre ami et collaborateur, M. le docteur Becquerel. Ses études de physiologie clinique ont un caractère de nouveauté remarquable qui intéressera les praticiens et les savants. Elles conduiront à des inductions très utiles pour la pratique, en établissant les différences qui existent entre l'état physiologique et l'état morbide des organes et des fonctions chez les enfants.

Nous savons qu'un traité des maladies des enfants sera publié par MM. les docteurs Blache et Guersant père. Il n'est pas de praticien qui ne sache ce que la science peut attendre de la longue expérience et du talent si remarquable de ces deux médecins réunis.

Après avoir annoncé aux savants et à tous les praticiens les ouvrages qui s'adressent à tous, nous ne devons pas oublier l'abrégé de médecine des enfants que M. le docteur Bossu a placé dans son petit *compendium médical*, au milieu de plusieurs autres abrégés, tels que celui des maladies des femmes, celui des maladies des yeux, celui des maladies de la peau, etc. etc. ; collection d'abrégés qui forme un fidèle *memento* de la symptomatologie et de la thérapeutique de chacune des spécialités médicales ; en un mot, un résumé des connaissances indispensables au jeune médecin, qui y puisera promptement les renseignements utiles que pourrait lui refuser le souvenir de ses études élémentaires.

Docteur Vanier.

IMPRIMERIE D'HIPPOLYTE TILLIARD, RUE S.-HYACINTHE-S.-MICHEL, 30.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Rhumatisme articulaire aigu, accompagné de pleurésie. Bons effets du tartre stibié à haute dose. — Guérison. — Observation recueillie par M. le docteur Legendre, interne à l'hôpital des enfants (service de M. Baudelocque).

Au n° 26 de la salle Saint-Jean, à l'hôpital des enfants, est entré, le 11 novembre 1841, le nommé Marchand, âgé de 14 ans, garçon pâtissier. Son père, qui travaillait à tailler le grès, est mort à 38 ans, n'ayant jamais eu de douleurs rhumatismales ; sa mère jouit d'une bonne santé, elle n'a jamais eu non plus de rhumatisme.

Voici les renseignements que nous obtenons sur le début de la maladie du jeune Marchand. Le jeudi, 4 novembre, la température étant froide, ce jeune garçon, n'ayant qu'une veste de toile par dessus sa chemise, fait deux grandes courses en courant presque tout le temps ; étant revenu tout en sueur chez son patron, il resta tranquille pendant une demi-heure dans la cave où il travaille habituellement (cette cave n'est pas humide à cause du four qui s'y trouve). Toutefois, pendant qu'il se reposait ainsi, avec sa chemise toute trempée de sueur, il éprouva une sensation de froid qu'il ne parvint pas à dissiper pendant une autre course qu'il alla faire. En revenant, il fut pris, cette fois, d'un frisson violent avec tremblement des membres, qui dura depuis 5 heures du soir jusqu'à 10 heures, moment auquel il alla se coucher. Une fois dans son lit, il se réchauffe et sue beaucoup pendant la nuit. Le lendemain matin, il se lève, comme d'habitude ; mais pris de frisson presque aussitôt, il se recoucha pendant 3 heures. Le samedi, 6 novembre, il travaille encore le matin ; mais, se sentant mal à l'aise, et éprouvant des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, il se coucha de très bonne heure. Ce ne fut que le lundi, 8 novembre, qu'il s'alita complètement, les douleurs articulaires étant devenues plus fortes ; à partir de ce jour, il fut pris aussi d'une toux sèche très fréquente. Le mardi et le mercredi, les douleurs envahirent successivement les articulations coxo et tibio-fémorales ; enfin, ce malade est transporté à l'hôpital le 11 novembre.

État au moment de l'entrée. — Jeune garçon, assez grand pour son âge, blond, d'une constitution lymphatique; ses membres sont volumineux, arrondis, et les saillies musculaires ne se dessinent pas sous la peau, le commencement de la puberté est annoncé chez ce malade par le développement naissant des organes génitaux et du système pileux. La face est peu colorée, pas de céphalalgie, langue blanchâtre et un peu sèche au centre, rouge sur les bords, le passage de l'air par les narines est un peu difficile depuis quelques jours, et le malade est obligé de respirer la bouche ouverte pendant le jour et la nuit; légère douleur à la gorge, pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires, soif, inappétence qui s'est manifestée depuis le début de la maladie et qui a toujours continué, ventre bien conformé, indolent, souple, constipation depuis plusieurs jours. Dyspnée légère, toux sèche, fréquente, venant souvent couper la parole du malade, absence complète de point de côté; la percussion et l'auscultation pratiquées avec le plus grand soin ne fournissent pas le moindre symptôme morbide; l'impulsion du cœur, son rhythme, ses bruits, n'offrent rien d'anormal. On n'entend pas le plus léger bruit de souffle. Le pouls est à 100 moyennement développé, la peau est chaude et moite. Le genou gauche est un peu rouge, gonflé, sensible à la pression, la douleur augmente surtout dans les mouvements; le mollet gauche est également douloureux à la pression; les articulations tarsiennes sont actuellement à peine gonflées et douloureuses. (Mauve, sirop de gomme; cataplasme arrosé de baume tranquille sur le genou gauche; diète.)

12 novembre. — Même état que la veille, la langue seulement est un peu plus sèche; même absence de symptômes à l'auscultation et à la percussion. (Même prescription.)

13. — Face peu injectée, langue sèche et rapeuse dans sa moitié antérieure, absence de point de côté, dyspnée assez grande qui augmente quand le malade fait quelques mouvements; même caractère de la toux; aujourd'hui, pour la *première fois*, on constate une matité absolue, de l'absence du murmure respiratoire et un changement dans le timbre de la voix, dans la moitié inférieure et postérieure du côté gauche de la poitrine.

On n'entend pas le plus léger bruit de souffle au cœur. La peau est chaude, moite, le pouls est peu développé, peu fréquent, à 96, tandis que la respiration est à 48. Pendant la nuit qui vient de s'écouler, les douleurs du genou et du mollet gauche ont presqu'entièrement cessé ; mais en même temps les articulations des coudes et des poignets se sont gonflées et sont devenues le siége de douleurs très vives. (Mauve édulcorée, saignée du bras de 90 grammes, à renouveler le soir, si le sang est couenneux, et s'il n'y a pas eu d'amélioration après la première saignée. Frictions avec le baume tranquille sur les articulations douloureuses ; diète.)

Le soir, pas de changement ; le sang, tiré le matin, offre un caillot à surface concave, à bords retroussés, recouvert d'une couenne grisâtre assez épaisse et résistante ; ce caillot nage au milieu d'une sérosité abondante.

Seconde saignée de 90 grammes ; le sang se couvre rapidement d'une couenne grisâtre.

Pendant la soirée et la nuit, la dyspnée est moins marquée, le malade n'a presque pas toussé.

14. — Langue toujours sèche et rapeuse à la pointe, soif assez vive, inappétence ; l'examen de la poitrine fournit les mêmes résultats ; pas de point de côté ; respiration à 40 au lieu de 48. Pouls à 96, assez plein et assez résistant, peau chaude, moite.

Le genou gauche est à peine douloureux ; quant aux bras, ils sont le siége de douleurs vives, non-seulement au niveau des articulations huméro-cubitales, mais aussi au niveau de leur partie moyenne. (Mauve édulcorée ; saignée du bras de 60 grammes ; diète.)

La saignée coule bien et se recouvre rapidement d'une couenne grisâtre, épaisse, résistante.

Vers 6 heures du soir, l'état de ce malade s'est aggravé, la dyspnée est revenue avec plus de violence et, pour la première fois, ce jeune garçon se plaint d'un point de côté, ayant son siége à gauche de la partie inférieure du sternum, et retentissant douloureusement en arrière, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche ; la toux est revenue avec violence, chacune de ses secousses exaspère le point de côté. La respiration est fréquente, à 48. Le pouls est à 100, assez déve-

loppé; mêmes symptômes à la percussion et à l'auscultation ; ils n'existent pas dans une plus grande étendue; l'égophonie est seulement beaucoup mieux caractérisée. Il n'existe pas le moindre symptôme de complication du côté du cœur; ses bruits sont toujours parfaitement normaux. Les douleurs rhumatismales sont au même point que le matin; elles n'ont nullement cessé.

(Donner toutes les heures au malade une cuillerée à bouche de la potion suivante : julep gommeux, 120 grammes; tartre stibié, 3 décigrammes ; sirop de pavot, 20 grammes.)

A la quatrième cuillerée, le malade vomit une fois, mais très-peu abondamment, et dans la nuit il a quatre ou cinq selles liquides très copieuses ; une amélioration très marquée a lieu pendant la nuit.

15 novembre. — Face un peu pâle, langue très sèche dans toute son étendue ; cet état de la langue gêne la parole, le malade souffre de cette sécheresse de la muqueuse buccale, qui paraît s'être exaspérée sous l'influence de l'administration de la potion stibiée : toutefois, le malade dit qu'il se sent beaucoup mieux qu'hier; le pouls est à 96, moins plein, moins large qu'hier soir; la respiration est douce, calme, moitié moins fréquente, à 24 au lieu de 48; la dyspnée et le point de côté ont disparu depuis cette nuit; l'examen de la poitrine fournit toujours les mêmes résultats, les douleurs rhumatismales sont également beaucoup diminuées, le malade peut remuer avec facilité les jambes, le genou gauche et les coudes; les poignets sont encore rouges et gonflés, surtout le droit; toutefois, il peut leur imprimer quelques mouvements légers, sans trop de douleur; il peut se mettre presque seul sur son séant, tandis que jusqu'alors il avait beaucoup de peine à s'y mettre, même avec l'aide d'une personne.

(Mauve édulcorée; on continue la potion stibiée, quelques grains de raisin pour humecter la bouche); le soir, l'état du malade continue à être satisfaisant, la potion n'a déterminé ni vomissements, ni selles; la tolérance a été complète.

16 novembre. — La langue et la cavité buccale sont un peu plus humides qu'hier ; cependant la salive est encore épaisse et visqueuse. Il existe un peu de rougeur et de gonflement au niveau des malléoles; la pression exercée sur ce point y dé-

veloppe de la douleur. La pression et les mouvements développent également de la douleur au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche, les poignets sont presque revenus à l'état normal.

(Même prescription qu'hier.)

Le soir, le pouls est à 96, la respiration un peu plus fréquente à 36 au lieu de 24. Ce malade se plaint beaucoup de la gorge, la douleur qu'il y éprouve augmente à chaque mouvement de déglutition, et surtout chaque fois qu'il prend une cuillerée de sa potion. L'examen de l'arrière-gorge fait voir la luette complètement couverte, non pas de fausses membranes grisâtres, adhérant assez intimement à la muqueuse et s'enlevant par lambeaux d'une assez grande étendue, mais d'une exsudation pultacée assez épaisse, se détachant facilement par petites parcelles au moindre attouchement, et présentant une couleur d'un blanc de lait. Sur les amygdales et le voile du palais, on voit aussi de petites plaques blanchâtres arrondies, qui sont groupées les unes à côté des autres. Ces parties sont touchées avec une dissolution concentrée de nitrate d'argent (une partie de ce sel pour deux parties d'eau). L'injection dont on fait suivre la cautérisation entraîne une assez grande quantité de débris de cette substance pultacée. Aussitôt après l'emploi de ces moyens, le malade éprouve beaucoup de soulagement : la déglutition cesse d'être douloureuse, et il peut continuer l'usage de sa potion stibiée, dont il n'avait pris encore que trois cuillerées ; on recommande seulement de lui injecter un peu d'eau dans la bouche après chaque cuillerée de potion. On exécute ce qui a été prescrit, et le malade ne souffre presque plus de l'arrière-gorge, bien qu'il ait continué sa potion toute la soirée et toute la nuit ; la tolérance est toujours complète.

19 novembre. — Ce matin, la bouche est plus humide qu'elle ne l'a encore été ; il n'y a plus que la luette qui soit recouverte de l'enduit pultacé dont nous avons parlé. La déglutition est beaucoup plus facile, la toux est rare, la respiration est à 24 ; l'épanchement pleurétique reste au même point et fournit les mêmes symptômes, les douleurs rhumatismales continuent à être très légères.

(Mauve édulcorée, potion stibiée, toucher la luette avec la dissolution de nitrate d'argent, diète.)

18 novembre. — Ce malade continue à bien aller, langue humide, à peine chargée, déglutition assez facile, non douloureuse; la luette, peu volumineuse, n'offre plus de dépôt pultacé, mais seulement une rougeur assez vive ; soif modérée, peu d'appétit; la tolérance continue à être complète. La peau est toujours assez chaude et moite, mais le pouls a perdu de sa fréquence et de sa force, de 96 il est tombé à 72. Ce jeune garçon remue très facilement dans son lit; la douleur qu'il ressent encore dans l'épaule gauche est très légère; les mouvements des poignets et des coudes ont recouvré toute leur liberté. Pas la moindre dyspnée, pas de changements encore dans les symptômes locaux de la pleurésie; il existe toujours une matité absolue depuis l'angle de l'omoplate jusqu'au bas; silence complet dans la même étendue, accompagné d'égophonie qui surtout est parfaitement marquée au niveau de la limite supérieure de l'épanchement.

(Même prescription.)

19 novembre. — Même état que la veille; on constate toutefois une diminution de l'épanchement pleurétique, qui était resté stationnaire jusqu'alors; ainsi, il n'existe plus de matité, d'égophonie et d'absence du murmure respiratoire que dans une hauteur de quatre travers de doigt. Bien que la fièvre soit complètement tombée depuis deux jours, la tolérance ne cesse pas d'être complète.

(Même prescription que les jours précédents. — Du bouillon.)

20 novembre. — La luette est de nouveau recouverte, mais partiellement cette fois du même enduit blanchâtre pultacé; de nouveau aussi la déglutition est un peu douloureuse, les phénomènes locaux du côté de la poitrine se sont encore amendés depuis hier ; on n'entend plus du tout d'égophonie, et il n'existe plus d'obscurité du son et d'absence du murmure respiratoire que dans une hauteur de trois travers de doigt à la base. Les douleurs articulaires ont complètement disparu ; constipation depuis plusieurs jours.

(Mauve édulcorée, gargarisme d'eau miellée, toucher la luette avec la dissolution de nitrate d'argent, lavement laxatif, bouillon; on cesse la potion stibiée.) Le soir il n'existe pas la moindre fièvre, le pouls est à 60, langue humide, sans rou-

geur, la douleur de gorge a presque complètement disparu, trois selles liquides à la suite du lavement laxatif.

21 novembre. — Apyrexie complète, langue humide, à peine de douleur à la gorge, pas d'enduit pultacé, la luette est seulement d'un rouge assez vif, et sa surface est granuleuse au lieu d'être lisse; plus de traces de l'épanchement pleurétique.

(Mauve édulcorée, deux potages.)

25 novembre. — Ce malade va parfaitement bien; il n'y a plus rien du côté de la gorge, l'appétit est vif; il mange actuellement la demi-portion, et, depuis le 23, il a commencé à se lever.

Ce jeune homme sort enfin, le 30 novembre, dans un état de santé très-satisfaisant.

Réflexions:

Au moment où ce jeune garçon fut amené à l'hôpital, il offrait, outre ses douleurs rhumatismales, une dyspnée légère, et cette toux sèche et fréquente caractéristique d'une inflammation de la plèvre; toutefois, l'auscultation et la percussion pratiquées avec le plus grand soin ne fournissaient aucun symptôme propre à confirmer l'existence d'une pleurésie. Ce ne fut que deux jours plus tard, et sans que de nouveaux symptômes généraux se manifestassent, que les signes de l'épanchement furent évidents. Malgré l'absence des signes physiques de pleurésie, lorsque le malade entra à l'hôpital, je croirais volontiers, en considérant l'oppression et la toux sèche, fréquente, qui avait débuté en même temps que les douleurs rhumatismales, qu'il existait déjà à cette époque une irritation de la plèvre, provoquée par la même cause que le rhumatisme. Un fait qui paraît encore en faveur de cette opinion, c'est que les douleurs rhumatismales ne furent modifiées en rien au moment ou l'épanchement apparut, tandis que, comme on le sait, le plus souvent, au moment du développement intercurrent d'une phlegmasie du péricarde ou de la plèvre, on observe une diminution des douleurs articulaires.

Les saignées répétées ne furent mises en usage qu'à partir du moment où l'épanchement se développa. Trois saignées furent faites dans l'espace de vingt-quatre heures: après la seconde, l'oppression et la toux avaient un peu diminué; quant aux douleurs articulaires, elles étaient restées les mêmes. Après la

troisième saignée, l'état du malade s'aggrava, loin de continuer à s'amender: la toux revint avec plus de fréquence, l'oppression devint plus forte, et, pour la première fois, se manifesta un point de côté s'exaspérant à chaque secousse de toux.

Les saignées étant restées sans résultat, il n'y avait pas indication d'y revenir; c'est alors qu'on en vint à l'usage du tartre stibié à haute dose. Ce moyen fut suivi immédiatement d'une diminution très marquée des douleurs articulaires et d'une disparition complète de l'oppression, du point de côté et de la toux. Cette amélioration doit-elle être rapportée à l'action contro-stimulante du tartre stibié, ou bien à la dérivation qu'il produisit sur le tube digestif? c'est une question difficile à résoudre, d'autant plus que le tartre stibié fut continué encore pendant cinq jours et que l'amélioration continua, bien que l'administration de la potion stibiée fût suivie de la tolérance la plus complète.

La bouche se sécha beaucoup plus sous l'influence de l'émétique; toutefois, l'amélioration persistant, ce phénomène ne fut pas regardé comme suffisant pour suspendre l'emploi de ce médicament.

Quant à l'enduit blanchâtre qui se développa sur la luette, sur quelques points des amygdales et du voile du palais, il fut tout-à-fait différent pour la couleur et la consistance de celui qui a lieu dans l'angine pseudo-membraneuse, et je crois qu'il reconnut pour cause l'action de l'émétique sur la muqueuse buccale. Enfin, nous terminerons en faisant remarquer que la gêne si douloureuse des mouvements de déglutition diminua notablement aussitôt que les parties qui étaient le siége de cet enduit pultacé furent touchées avec une dissolution concentrée de nitrate d'argent.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

De l'efficacité du nitrate d'argent à haute dose dans quelques maladies des yeux chez les enfants[1], par HIPPOLYTE COSTILHES, médecin interne à Saint-Lazare.

Pendant longtemps les diverses inflammations de l'œil et

de ses annexes ont été confondues sous le titre général d'ophthalmie ; c'est probablement la cause principale du peu de progrès qu'a fait, en France, jusqu'à ces dernières années, l'ophthalmologie ; les auteurs qui se sont occupés de cette étude n'ont tenu aucun compte du siége précis de la lésion, malgré les immortels travaux de Bichat qui, dans son Anatomie générale (1), démontre, d'une manière évidente, que tout organe étant composé de différents tissus, l'un peut être malade, les autres restant intacts. Ce savant anatomiste ajoute, dans le même chapitre, que le plus souvent une membrane seule est malade dans l'œil, les autres conservant leur mode ordinaire de vitalité; c'est parce que les chirurgiens ont négligé ce principe de pathologie qu'il faut arriver au commencement du dix-neuvième siècle pour trouver une description particulière des inflammations de l'œil : M. Velpeau est, sans contredit, celui qui les a le mieux étudiées et a le plus contribué à éclairer l'histoire de ces maladies.

Pendant quatre mois de l'année 1840 que j'ai passés à l'hôpital des enfants malades, mon chef de service, M. Guersant père, me chargea plus particulièrement des soins à donner aux enfants atteints d'ophthalmie (division des filles, salles Sainte-Elisabeth et Sainte-Geneviève). Je mis en pratique les préceptes que j'avais puisés dans les leçons de M. Velpeau ; j'employai le nitrate d'argent sous les mêmes formes, aux mêmes doses, quelquefois même je dépassai les doses ordinaires (dans l'ophthalmie purulente, par exemple). J'ai constamment mis en usage le même topique ; deux fois, seulement, il m'est arrivé de cautériser l'œil avec l'acide hydrochlorique légèrement affaibli ; j'abandonnai bientôt ce moyen, le succès n'ayant point répondu à mon attente.

Avant de commencer l'histoire succincte et rapide des maladies des yeux, chez les enfants, qui est basée sur une soixantaine d'observations que j'ai recueillies moi-même, je dois dire que la plupart des sujets, âgés de 3 ans à 14 et 15 ans, étaient d'un tempérament mou, lymphatique, qu'ils

---

(1) Considérations générales (page 26), *Encyclopédie des sciences médicales.*

avaient eu ou avaient la gourme (impetigo granulé de Biett), des ganglions développés sous la mâchoire inférieure, et sur les parties latérales du cou, il existait, chez quelques-uns, des traces de cicatrices de ganglions abcédés ; le plus grand nombre de ces enfants habitent ou ont habité des pays humides, des rez-de-chaussées malsains, tantôt couchant plusieurs dans le même lit, tantôt habitant dans la même chambre avec plusieurs autres personnes ; en général, les chambres étaient peu espacées, mal aérées, mal éclairées et froides; leur nourriture était insuffisante et de mauvaise qualité ; en un mot, ils se trouvaient dans les conditions favorables au développement des ophthalmies dites scrofuleuses.

Je devrais peut-être ici m'occuper de la doctrine de l'école allemande, qui rapporte à différents genres de spécificité la plupart des maladies des yeux ; mais un des chirurgiens de la Charité qui s'est souvent occupé de cette question, dans ses leçons cliniques, a suffisamment, à mon sens, combattu et prouvé la fausseté de cette théorie, du moins quant à ce qui a trait à la spécificité indiquée par l'aspect de l'œil.

De la conjonctivite simple. — Cette affection, la plus bénigne de celles que nous avons à étudier, est celle que l'on rencontre le plus rarement à l'hôpital des enfants malades ; peut-être en trouverons-nous la cause dans le peu de gravité qu'offre cette maladie.

Les caractères anatomiques qui la décèlent à l'observateur, sont les suivants : dans l'immense majorité des cas, la conjonctive revêt une couleur d'un rouge plus ou moins vif, tirant quelque fois légèrement sur le jaune ou sur le rouge briqueté ; on distingue, à sa surface, un grand nombre de petits vaisseaux d'un calibre variable, entrecroisés en différents sens ; ces vaisseaux sont plus petits et plus fixes vers la cornée que partout ailleurs, et se terminent à une ligne (4 millimètres) environ de la cornée.

Les désordres fonctionnels ont aussi fixé notre attention ; au début, comme dans toutes les phlegmasies en général, il y a sécheresse de l'œil, bientôt survient une sécrétion muqueuse qui présente quelques variétés importantes à noter ; tantôt le produit de cette sécrétion est clair, limpide, transparent, et s'échappe de l'œil, ruisselle sur la joue et occasionne quel-

quefois un eczema aigu; tantôt la sécrétion est trouble, comme purulente (nous en avons observé trois cas) et se concrète sur les bords libres des paupières, pendant le sommeil; aussi, le matin, trouvions-nous leurs paupières réunies ensemble.

La douleur qu'éprouvent les jeunes malades est assez superficielle; ils accusent en même temps une sensation de gravier qui les tourmente beaucoup; sans que les fonctions visuelles soient troublées, ils distinguent bien les objets; la photophobie est intense quand ils regardent le grand jour.

Traitement. — Dans deux cas, l'inflammation étant légère, des lotions de guimauve, de graines de lin, etc., ont suffi pour guérir les malades en quelques jours; dans les autres cas, la phlegmasie s'est montrée plus intense, nous avons eu recours aux topiques astringents; nous avons employé le nitrate d'argent cristallisé en solution jusqu'à la dose de 2 grammes pour 30 grammes d'eau distillée; sous l'influence de cet agent, les symptômes se sont exaspérés au lieu s'amender; la médication a été suspendue ou continuée indifféremment; bientôt la conjonctivite a diminué d'intensité, la sécrétion a été moins abondante et la guérison ne s'est pas fait attendre. Dans les quelques cas que nous avons observés, la durée de la conjonctivite simple a été d'un septenaire au plus.

Il y a quelques précautions à prendre dans le mode d'administration du nitrate d'argent cristallisé en solution. — Nous instillons deux ou trois gouttes, matin et soir, entre les paupières; il faut, autant que possible, que le liquide se trouve en contact avec les points malades; on fait donc pencher la tête en arrière, puis on écarte les deux paupières (chose souvent difficile chez les jeunes enfants qui s'agitent continuellement et pleurent à chaudes larmes), et on laisse tomber 2, 3 gouttes de la solution sur la conjonctive oculaire; on rapproche immédiatement les paupières en les maintenant quelques secondes dans cette position.

Kératite. — Ce mot est généralement aujourd'hui admis pour désigner l'inflammation de la cornée.

La kératite est plus commune chez les enfants que chez les adultes; elle a été divisée, par les auteurs, suivant sa marche, en aiguë et en chronique; selon son étendue, en générale ou

partielle; en superficielle et en profonde, suivant que la phlegmasie a son siége dans la lame la plus superficielle ou la plus profonde; nous avons observé, à peu de chose près, toutes ces variétés.

Kératite aiguë. — Anatomie pathologique. — La cornée, dans les différentes phases de son inflammation, présente quelques nuances importantes à noter : 1° Une *teinte verdâtre;* pour bien l'apercevoir, il faut placer le malade dans l'ombre; la cornée ressemble, quant à sa couleur, à celle de la mer (vert d'eau); 2° une *teinte brunâtre* qui succède souvent à la précédente; 3° une *teinte rouge brun;* je l'ai surtout observée chez les sujets qui présentaient le type scrofuleux. Outre ces changements de coloration que l'on observe dans l'inflammation de la cornée, nous avons rencontré des *suffusions* de ces membranes; c'est surtout au début de la kératite aiguë que l'on voit quelque chose d'analogue à ce que présente une glace propre, sur laquelle on vient de souffler; nous avons observé ces *espèces de nuages* dans la kératite diffuse et générale. Dans six cas, nous avons noté la vascularisation de la cornée; les vaisseaux se présentaient sous la forme de petits filaments à peu près parallèles et dirigés de la circonférence vers le centre; ces vaisseaux sont surtout apparents quand il existe un ulcère sur cette membrane; la conjonctive était injectée dans quatre cas; deux fois nous avons rencontré la vascularisation de la sclérotique : ces vaisseaux formaient un cercle à trois millimètres de la cornée.

Causes. — Comme causes prédisposantes, nous avons trouvé, chez la plupart des malades, la misère, un mauvais régime et les intempéries de l'atmosphère; chez d'autres, la kératite était produite par une cause interne, cause très puissante, qui, par sa présence dans l'économie, apporte de grandes modifications, et une altération constitutionnelle qui dispose singulièrement certains sujets à l'inflammation de la cornée, même après que cette cause a été suffisamment combattue par les moyens appropriés : je veux parler de la scrofule. Les causes occasionnelles ont été le plus souvent nulles pour les malades, ainsi que pour les parents; deux ou trois fois la kératite a été produite par l'action de l'air froid et humide; enfin, il faut bien ici, comme dans une foule d'autres circon-

stances, reconnaître l'existence d'un vice interne qui nous échappe.

Symptômes. — Dans la kératite profonde, les douleurs sont sourdes, profondes, et s'irradient jusqu'au fond de l'orbite ; quand la phlegmasie est superficielle, la douleur est plus superficielle que dans le cas précédent, mais en même temps cuisante : dans deux cas, la photophobie et le larmoiement se sont montrés très intenses, phénomènes bien mieux caractérisés dans la kératite que dans la conjonctivite. Un symptôme que nous n'avons pas noté dans cette dernière affection, et qui est très prononcé dans la maladie qui nous occupe, c'est le trouble de la vision. On conçoit, en effet, que la moindre altération dans le tissu de la cornée doit nécessairement amener un dérangement dans les phénomènes visuels ; les malades ne voient les objets qu'à travers un brouillard plus ou moins épais.

La durée de la kératite aiguë est très variable ; est-elle superficielle, elle dure de huit à quinze jours, comme nous l'avons observé deux fois ; est-elle au contraire profonde, diffuse, l'enfant est-il atteint de la scrofule, la maladie n'est pas modifiée avant trois semaines ou un mois ; le plus souvent, dans ce cas, elle passe à l'état chronique.

Terminaison. — La terminaison par *résolution* est rare à l'hôpital des enfants malades. Je n'en ai observé qu'un seul cas. Dans l'immense majorité des cas, la kératite se termine par *ulcération ;* j'en parlerai tout-à-l'heure, et j'en ferai même un article à part. La *suppuration* est aussi fort rare, et elle se complique quelquefois du ramollissement de la cornée, de sa perforation et d'une hernie de l'iris, comme je l'ai observé sur une petite fille de douze ans.

Pronostic. — La kératite aiguë, comme on vient de le voir, est une maladie grave, et réclame toute la sollicitude des praticiens.

Traitement. — Tout a été conseillé contre cette maladie, et tout réussit, si on en croit quelques auteurs, tandis que tout échoue selon d'autres. Dans un seul cas, nous avons employé les émissions sanguines locales (six sangsues autour de l'orbite à plusieurs reprises), une amélioration momentanée s'est fait sentir à chaque application de sangsues ; en même temps un collyre

émollient était appliqué sur l'œil du malade ; pendant tout le temps de sa maladie, qui dura cinq semaines, il ne fut soumis qu'à un seul traitement, le traitement antiphlogistique. Dans tous les autres cas, nous avons employé une solution de nitrate d'argent concentré (4 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée de laitue); en peu de jours, l'application de ce collyre a modifié l'inflammation et a bientôt enrayé la marche de la maladie.

Kératite chronique. — Cette affection succède souvent à la kératite aiguë; mais elle peut naître d'emblée comme maladie primitive. De même que la kératite aiguë, elle peut être partielle ou générale, circonscrite ou diffuse; comme elle, elle peut commencer par la circonférence ou par le centre.

Caractères anatomiques. — Le plus souvent, nous l'avons vue débuter par le centre de la cornée; cette membrane perd sa couleur normale; elle pâlit; il semble qu'un nuage léger l'obscurcit; insensiblement elle perd sa diaphanéité. Il m'est arrivé, dans trois cas, d'examiner la cornée à la loupe; il m'a semblé qu'elle avait perdu de son poli et qu'elle était parsemée de petites plaques légèrement opaques; on aperçoit aussi de petits filaments vasculaires sur les limites de la scléra-tique.

Causes. — Les causes de la kératite chronique sont à peu près les mêmes que celles de la kératite aiguë : deux fois l'existence d'une blépharite chronique a été la cause de kératite (les auteurs qui se sont occupés des études ophthalmologiques l'ont également noté plusieurs fois).

Symptômes. — Le premier symptôme qui s'est offert à nous est un trouble dans la vision, variable, du reste, selon l'intensité de la phlegmasie. La photophobie et le larmoiement arrivent ensuite et revêtent des caractères beaucoup moins intenses que ceux de la kératite aiguë. Toutes les fois que nous avons observé de la douleur, elle était due au frottement des paupières sur la cornée.

Marche et durée. — Le nombre de nos observations ne nous permet pas de déterminer d'une manière précise la marche et la durée de la kératite chronique. Nous pouvons dire qu'en général cette affection, chez les enfants, est de longue durée; nous pensons qu'abandonnée à elle-même, elle pourrait durer

indéfiniment et entraînerait à sa suite un état voisin de cécité.

Pronostic. — La kératite chronique est une maladie toujours fâcheuse, d'autant plus qu'aucune maladie n'est plus sujette à récidive que cette affection.

Traitement. — La kératite chronique, quand elle est ancienne et générale, est une de ces maladies que l'on ne guérit que très-difficilement : chez les adultes, comme chez les enfants, j'ai vu échouer et la poudre de calomel et de sucre, et le laudanum pur, etc. J'ai essayé l'acide hydrochlorique pur, j'étais désireux de connaître si cet acide avait quelque action particulière sur cette affection désolante ; mes efforts ont été sans succès. Le vésicatoire appliqué sur l'œil reste également impuissant. Au demeurant, ce qui a semblé préférable à tous ces moyens, c'est la solution de nitrate d'argent à petite dose d'abord, que l'on porte graduellement à deux ou trois grammes pour trente grammes d'eau distillée ; le séton à la nuque, comme adjuvant, réussit assez bien ; j'ai eu lieu trois fois de m'en louer. Dernièrement encore, j'ai donné des soins à un garçon de quatorze ans, atteint d'une kératite générale et très ancienne, qui s'est très bien trouvé de ce moyen. Quand la kératite chronique reconnaît pour cause une cause spécifique, elle peut, avec chance de succès, être combattue par la médication anti-syphilitique ou anti-scrofuleuse.

Ulcères de la cornée. — Les ulcères de la cornée ont toujours beaucoup occupé les chirurgiens ; c'est une lésion qui se présente fréquemment chez les enfans, surtout chez ceux qui sont scrofuleux ; j'en ai observé plusieurs cas que je vais décrire avec les variétés différentes qui se sont présentées.

Première variété. Ulcère plastique des auteurs. — Les enfans scrofuleux sont plus particulièrement disposés à ce genre d'ulcère ; il se forme quelquefois entre les lames de la cornée un dépôt de lymphe plastique qui s'ouvre à l'extérieur et laisse à sa place un ulcère plus ou moins grand ; dans quatre cas j'ai noté une petite ulcération située près du centre de la cornée, à laquelle se rendait un paquet vasculaire de forme triangulaire, dont la base reposait sur la sclérotique ; le fond de cet ulcère était inégal, grisâtre ; le larmoiement et la photophobie étaient peu intenses.

Deuxième variété. Ulcère en cupule Botterion. — Cette

nuance a son siége entre la circonférence et le centre, et elle est précédée d'une phlyctène qui, après s'être rompue, fait place à une ulcération caractérisée par une dépression légère et circonscrite, de deux millimètres de profondeur; le fond en est transparent, lisse, et les bords réguliers. L'épiphora et la photophobie sont très intenses dès le début; par la suite la sensibilité de l'œil s'émousse, la cupule reste à peu près dans le même état; il est même probable que la cornée ne se renouvelle pas.

Troisième variété.—En coup d'ongle (M. Velpeau).—Comme chez l'adulte je l'ai trouvée près de la sclérotique, à sa partie inférieure et interne; on dirait en effet, à s'y méprendre, que cette ulcération est l'empreinte d'un ongle, tant la ressemblance est frappante; la lèvre externe de l'ulcère est en général taillée à pic, épaissie et d'un rouge livide; la lèvre interne est au contraire taillée en biseau; une vascularisation fine s'est constamment montrée autour de l'ulcération; la photophobie et le larmoiement sont dans cette variété portés au plus haut degré.

Voilà les seules variétés d'ulcères que j'ai rencontrées chez les enfants.

Traitement. — Dans toutes ces variétés j'ai fait usage du nitrate d'argent cristallisé en solution d'après la formule donnée ci-dessus; ici, comme dans les autres affections des yeux, j'ai reconnu l'efficacité de ce topique; une ou deux fois il m'est arrivé de cautériser directement avec un crayon de nitrate d'argent, taillé en cône bien arrondi à son sommet; en peu de jours l'ulcère plastique et le botterion ont été considérablement modifiés sous l'influence de ce genre de médication.

Ophthalmie purulente. — C'est, sans contredit, l'affection des yeux la plus fréquente que nous ayons observée à l'hôpital des enfans malades; aussi en avons-nous recueilli un grand nombre d'observations fort intéressantes.

Etiologie. — Trop de faits viennent à l'appui de la contagion et de l'infection de la conjonctivite purulente, pour que nous insistions longtemps sur cette question; la maladie s'est propagée par contagion; tantôt par l'application de la tête sur l'oreiller qui a supporté un malade; tantôt par l'incurie

des personnes attachées spécialement aux salles d'ophthalmie qui se sont servis des mêmes vases, des mêmes linges pour essuyer la matière purulente qui s'écoule des yeux des malades atteints d'ophthalmie. La propagation de cette maladie s'est faite aussi par infection, c'est-à-dire par l'impression des miasmes qui s'élèvent des yeux malades. L'encombrement, la malpropreté, le défaut d'aération, une température basse ou une excessive chaleur, ont été de puissants auxiliaires qui favorisaient le développement de cette affection.

Dans les salles destinées aux maladies des yeux, l'ophthalmie purulente est endémique; nous avons vu maintes fois des enfants venir du dehors se faire traiter d'une conjonctivite ou d'une kératite simples, et être pris, le jour même de leur entrée, de la maladie contagieuse.

Quant à la cause première de cette affection, elle nous échappe comme dans la plupart des maladies contagieuses.

Symptômes.—Cette ophthalmie débute, ou par la conjonctive palpébrale, ou par la conjonctive oculaire indifféremment; les symptômes auxquels donne lieu cette affection présentent les caractères suivants :

La conjonctive oculaire ou palpébrale revêt une couleur uniforme rouge, tirant sur le *rouge cuivré*, qui ne tarde pas à devenir plus foncée ; le tissu sous-conjonctival se gorge de sang et se boursoufle; la surface libre de la conjonctive, d'abord lisse, prend bientôt un aspect velouté, se couvre, dans quelques circonstances, de granulations de volume variable; ce boursouflement donne lieu à un bourrelet circulaire, entourant la cornée que l'on nomme *chémosis* ; en même temps les paupières, surtout la supérieure, se gonflent considérablement; leur face cutanée devient rouge, brûlante, les malades ressentent, dans cette région, une douleur cuisante ; la paupière supérieure, tantôt s'imbrique, plus ou moins sur la paupière inférieure, tantôt le contraire a lieu ; enfin, dans certains cas, il y a ectropion.

Un symptôme pathognomonique de cette affection se trouve dans l'écoulement d'un liquide qui offre d'abord les caractères du mucus ; bientôt il s'épaissit, change de couleur et devient puriforme ; ce liquide purulent coule ordinairement en grande

quantité ; il nous est arrivé plus d'une fois d'écarter les paupières pour examiner le globe oculaire, et de voir ce liquide s'échapper en nappe des paupières tuméfiées, entre lesquelles il était retenu ; dans l'immense majorité des cas, cette sécrétion est très âcre, à tel point qu'elle corrode la peau des joues; la vision se fait très bien quand la maladie est bornée à la conjonctive ; elle n'est gênée que lorsque le gonflement des parties est considérable ; les douleurs qu'éprouvent les malades sont dues probablement à la compression qu'exerce la tuméfaction de ces organes enflammés sur le globe oculaire.

Complications. — La conjonctivite purulente se complique quelquefois de *kératite;* nous l'avons observée toutes les fois que l'ophthalmie a été d'une longue durée. Il ne nous a pas été toujours facile de suivre pas à pas la marche de cette complication ; il est si difficile d'obtenir chez les enfants ce que l'on désire. Une fois seulement nous avons pu examiner la cornée pendant tout le cours de la maladie : la jeune malade se plaignait de ne voir que des brouillards devant les yeux ; la cornée était d'une couleur grise blanchâtre : bientôt nous vîmes assez distinctement une ulcération à fond inégal, à bords taillés à pic, qui, s'étendant de jour en jour en profondeur, finit par perforer la cornée ; il se forma dès-lors une hernie de l'iris.

Terminaison. — La terminaison de la conjonctivite purulente n'est pas toujours aussi fâcheuse ; un traitement énergique, convenablement appliqué, enraye le plus souvent la phlegmasie. La *résolution* est la terminaison la plus fréquente ; le liquide purulent devient de jour en jour moins abondant et surtout moins épais ; le gonflement des paupières diminue, ainsi que le boursouflement de la conjonctive : bientôt tout rentre dans l'état normal.

Durée. — La durée moyenne a été de huit à douze jours ; nous avons vu plusieurs fois de suite la maladie récidiver chez la même jeune fille ; nous avons même observé, chez une jeune idiote, âgée de dix ans, une ophthalmie purulente qui récidivait deux ou trois fois par mois.

Traitement. — Voici, en quelques mots, quelle a été notre conduite dans les cas que nous avons eus sous nos yeux :

dans un petit nombre d'ophthalmies, nous avons débuté par les émissions sanguines locales (les sujets étaient assez bien constitués); nous avons appliqué huit à dix sangsues autour de l'orbite, aux tempes, ou à l'apophyse mastoïde, suivant la constitution du malade et l'intensité de la maladie; nous avons insisté deux, trois jours, sur l'emploi des sangsues, puis, pour compléter la guérison, nous avons eu recours à d'autres moyens; ces moyens étaient des topiques astringents: un seul a fixé notre attention, et il ne nous a jamais fait regretter de l'avoir choisi; nous avons fait usage d'une solution de nitrate d'argent cristallisé, ou du crayon; comme adjuvant, nous avons administré des purgatifs salins; on faisait observer aux malades une diète sévère pendant les quatre à cinq premiers jours; dans le plus grand nombre des cas (quand l'ophthalmie était double, ce qui est la règle générale), nous avons cautérisé un œil avec une solution de nitrate d'argent très concentrée (4 grammes de nitrate d'argent pour 30 à 45 grammes d'eau distillée de laitue) ; l'autre œil avec le crayon de nitrate d'argent. Notre but était de comparer l'action d'un même médicament donné sous une forme et à dose différentes. Nous pouvons affirmer que, constamment, le crayon a beaucoup mieux réussi que la solution; la marche a été toujours modifiée, plus rapide, et la guérison plus prompte.

Les praticiens qui auront bien voulu se donner la peine de parcourir ce mémoire trouveront peut-être extraordinaires la dose élevée à laquelle nous sommes arrivés. En effet, c'est tout au plus si quelques chirurgiens osent donner le nitrate d'argent en solution à la dose de 5, 10 centigrammes pour 30 grammes d'eau distillée, après qu'ils ont déjà bien attendu, combattu la phlegmasie oculaire par le système antiphlogistique. Il en est de même pour ce topique comme pour cet autre agent nouvellement introduit dans la pratique des maladies syphilitiques, l'iodure de potassium; tandis que les uns, timides et peu habitués à manier la matière médicale, ne portent jamais ce médicament au-delà de 5, 10 centigrammes; les autres, au contraire, le prescrivent à la dose de 1, 2, 3, 4 grammes par jour, sans produire le moindre accident.

Ainsi donc, d'après nos propres observations, nous sommes autorisé à dire que, de tous les agens de la thérapeutique

chirurgicale, le nitrate d'argent, soit sous forme solide, soit sous forme liquide, est celui qui rend le plus de service ; il doit être mis, en chirurgie, sur la même ligne que le quinquina, et l'opium en médecine. Qu'il nous soit permis, en terminant, d'ajouter que si quelques praticiens, après avoir expérimenté cet astringent, n'ont pas eu lieu de s'en louer, nous avons à leur faire observer qu'ils ont probablement oublié le précepte suivant, qu'ils devraient toujours avoir présent à la mémoire :

« Dans toute médication irritante, il est d'une nécessité absolue de répéter non-seulement l'action substitutive pour ne pas donner à la phlegmasie morbide le temps de reprendre le dessus, mais encore de la prolonger pendant un temps plus ou moins long, de manière à faire perdre au tissu l'habitude de l'inflammation première. »

REVUE HYGIÉNIQUE.

Régime des femmes enceintes (*suite*).

Les femmes enceintes doivent accorder, dans l'intérêt de leur enfant, une grande attention aux quantités et aux qualités des boissons. Dans les premiers temps, surtout, de la grossesse, le fœtus est d'une organisation extrêmement délicate; isolé dans l'utérus, il n'y tient que mollement. Le moindre accident l'affecte et détruit l'ordre de sa nutrition ; un rien, alors, compromet sa fragile existence. L'état *embryonaire* du fœtus ne comporte donc pas l'usage abusif de la part de la mère, soit des boissons aqueuses, soit des liquides spiritueux. C'est lorsqu'elles sont prises en trop grande quantité que les boissons aqueuses peuvent nuire à l'enfant. Quand aux liqueurs fortes, elles sont pour lui de véritables poisons, dont l'action est de resserrer les tissus et de coaguler les liquides de l'économie.

Les animaux nous fournissent l'exemple de la sobriété, comme moyen préventif; parmi eux, les mères, pendant le temps de leur gestation, sont à l'abri des accidents que subissent les femmes ; elles le doivent à leur sobriété, au choix

qu'elles font d'aliments toujours convenables à leur nature, de l'équilibre de leurs fonctions, de leur éloignement pour les excès.

L'état de grossesse, pour être un état physiologique et naturel, n'en est pas moins pour la femme l'occasion de sensations et d'accidents étranges qui la placent en quelque sorte sur la limite intermédiaire à l'état de santé et à l'état de maladie. Aussi, n'avons-nous pas à nous occuper ici, pour elle, de substances thérapeutiques ; mais, comme son état peut réclamer l'emploi de médicaments considérés comme substances alimentaires, j'ai pensé qu'il serait utile de donner, dans cette esquisse d'hygiène, dont les lecteurs ne sont pas tous des médecins, mais qui compte parmi eux bon nombre de sages-femmes et des amateurs de l'hygiène, une instruction courte et générale sur l'action des substances médicamenteuses, parmi lesquelles les femmes enceintes reconnaîtront celles dont elles font quelquefois un usage téméraire. Instruites, d'une part, sur les propriétés si diverses des médicaments et, de l'autre, sur les conditions organiques et les dispositions morbides où l'état de grossesse place la mère et l'enfant, elles seraient plus prudentes. La connaissance des dispositions morbides résultera, pour le lecteur, de l'ensemble de nos études.

Quant à celle des propriétés des diverses préparations dont l'usage est prescrit, dans certains cas, aux femmes enceintes, par l'ignorance et les préjugés, c'est ici que nous devons en parler. Les limites de ce premier plan d'études hygiéniques ne nous permettant pas de les attaquer chacune en particulier, nous les comprendrons toutes dans une instruction générale sur les propriétés de certaines classes de médicaments. La substance que vous emploierez, soit comme aliment, soit comme boisson, se rattachera nécessairement, qu'elle soit alimentaire ou qu'elle soit médicamenteuse, à l'une des classes suivantes.

Cette instruction, étant destinée à prévenir les abus dans l'emploi des médicaments, et non à établir des préceptes pour les prescrire, je ne citerai que les plus connus, parmi lesquels se rencontreront ceux qui sont le plus souvent employés par les gens du monde qui trouveront, dans cette énuméra-

tion, la notion des qualités nuisibles de certaines substances dont l'usage a consacré l'abus, en les introduisant sur nos tables parmi les substances alimentaires, soit solides, soit liquides.

1° Substances toniques : elles augmentent le ton des organes. Leur action est lente, mais durable. Elles sont surtout amères ; il en est dans lesquelles l'amertume et l'astringence sont unies. Quelques-unes ont une odeur aromatique. Le tannin, l'acide gallique, les principes amers prédominent dans les toniques amers simples : petite centaurée, houblon, chardon bénit, fumeterre, patience, chicorée sauvage, pissenlit, etc.

Amers astringents : quinquina, saule, etc.

— Amers aromatiques : absinthe grande, camomille romaine, etc.

— Toniques minéraux : le fer et ses préparations constituent un agent tonique très puissant ; on l'emploie dans toutes les maladies caractérisées par un état de pâleur, de faiblesse et d'appauvrissement du sang : limaille de fer, vin chalybé (1), pilules de Bland, pilules de Valette, pilules de lactate de fer de Gélis et Conté. Chocolat ferrugineux de Colmet-d'Aage.

MM. Trousseau et Pidoux admettent deux médications toniques : l'une analeptique et l'autre névrosthénique. La première ne comprend que le fer ; la seconde se compose de tous les *amers*.

2° Substances astringentes : elles ont une saveur plus ou moins acide. Leur action ne développe guère de phénomènes généraux. Elles produisent un resserrement des organes et l'occlusion des petits vaisseaux ; elles diminuent et quelquefois suppriment les flux naturels. De là, leur emploi, dans les hémorragies, les écoulements muqueux, la diarrhée, etc.

Astringents minéraux : acide sulfurique, *eau de Rabel ;* acide nitrique alcoolisé ; alun ; boule de Nancy (tartrate de potasse et de fer) ; extrait de saturne (sous-acétate de plomb) ; eau de chaux.

---

(1) Eaux minérales ferrugineuses de Spa, de Forges (Seine-Inférieure), d'Aumale, Passy, Pyrmont, Rouen, etc.

Astringents végétaux : écorce et gland du chêne ; ratanhia ; grenade; roses rouges de Provins; ronce; aigremoine, oseille, *bouillon aux herbes ;* sirop de coings; cynorrhodon; brou de noix; citron, *limonade.*

3o Substances stimulantes : presque toutes ont une odeur forte, pénétrante, aromatique, une saveur chaude, prompte, mais peu durable. Elles activent la circulation, augmentent la chaleur et semblent exercer une action spéciale sur le système nerveux. Les plus énergiques ont une action instantanée; ce sont les *diffusibles,* tel que l'alcool, les éthers. Les uns exercent leur action sur presque toutes les parties de l'économie, tandis que d'autres excitent en même temps plus particulièrement un organe ou une fonction; le seigle ergoté, la rue, la sabine, portent spécialement leur action sur l'utérus; le polygala de Virginie sur la membrane bronchique, etc.

Stimulants végétaux : vins généreux d'Espagne, Malaga, Xérès, Alicante; ceux de Madère; l'alcool, les éthers, les huiles essentielles de romarin, de sauge, de menthe, de camomille, d'absinthe, de tanaisie, d'anis, etc.; le camphre, la cannelle, clou de girofle, muscade, gingembre, poivre, fleurs et feuilles d'oranger et d'écorce d'oranges, anis étoilé, valériane, café, baies de genièvre, vanille, rue, sabine, sassafras, gaïac, squine, ail, œillet, safran, pivoine, thé, menthe poivrée, romarin, sauge, mélisse, hysope, lavande, anis, angélique, absinthe, camomille romaine, armoise, arnica, moutarde blanche, tanaisie, matricaire, cresson de fontaine, raifort, cochléaria, les baumes et les gommes résines, le goudron.

— Stimulants du règne animal : ammoniaque et ses préparations, phosphore, huile de foie de morue, créosote, musc.

— Stimulants du règne minéral : le chlore.

— Stimulants spéciaux de l'utérus ou médicaments qui provoquent les règles et l'avortement : seigle ergoté, rue, sabine, safran, absinthe, armoise, matricaire, maroute, santoline, camphre, gommes résines fétides, assa fœtida, gomme ammoniaque, préparations ferrugineuses.

Ces médicaments ayant une action spéciale de stimulation sur l'utérus, on comprendra que leur usage, pendant le

temps de la grossesse, même alors qu'il ne serait pas poussé jusqu'à produire l'avortement, peut devenir funeste à l'enfant. Et pourtant nous allons, dans un instant, préconiser comme utiles, pendant l'état de grossesse, pour la mère affaiblie et pour son enfant, quelques-unes de ces substances; par exemple : les préparations de fer. La contradiction n'est qu'apparente. Dans ce cas, en effet, ces substances ne sont pas recommandées pour combattre la faiblesse particulière de la matrice, et comme stimulants locaux de cet organe, mais bien, en vue de la faiblesse générale, comme toniques ou stimulants généraux, parce qu'ils sont toniques plutôt que stimulants.

La même réflexion est applicable au vin d'absinthe dont les femmes grosses font un grand usage dans certains pays.

— Stimulants spéciaux des organes de la génération (aphrodisiaques) : cantharides, musc, vanille.

4° Substances débilitantes, atoniques : elles diminuent l'action de la circulation et, par suite, celle de la plupart des grandes fonctions de l'économie. Cette classe comprend deux ordres : 1° Rafraîchissants ou tempérants : suc de citron (limonade, sirop de limons), acide tartrique, vinaigre, oseille, fruits acidulés, tels que cerises, groseilles, framboises, mûres, raisins, oranges, petit-lait. 2° Emollients végétaux : gomme, guimauve, mauve, salep, sagou, tapioka, riz, orge, gruau, amandes douces (sirop d'orgeat), cacao (chocolat), violette, bourrache, capillaires, réglisse, dattes, figues, jujubes, pâtes émollientes pectorales.

Emollients du règne animal : — Mou de veau, gélatine, colle de poisson, grenouilles, limaçons de vigne, lait de vache, d'ânesse, de chèvres, chair des jeunes animaux.

Je n'ai point à parler des autres classes de médicaments, qui, en général, ne sont point employés par les gens du monde, mais seulement par les médecins, et qui, d'ailleurs, ne se rattachent point aussi directement à mon sujet que les toniques et les débilitants. Je dirai seulement que la femme enceinte doit éviter l'usage fréquent des substances diurétiques, qui ont la propriété spéciale de rendre les urines abondantes, tels que la scille, la digitale, l'aconit, le colchique, les asperges, le persil, la pariétaire, etc.

J'ajouterai que certaines substances déjà mentionnées, rentrant dans la classe des *altérants*, tels que la patience, la douce-amère, la saponaire, l'extrait de ciguë, etc., deviendraient surtout funestes à l'enfant, si, comme le prétendent MM. Trousseau et Pidoux, les *altérants* affaiblissent la plasticité comme les *toniques* la fortifient.

Il est un grand nombre de substances que j'ai citées dans ce tableau qui sont par elles-mêmes incapables de nuire; mais, comme elles peuvent, conjointement avec d'autres, entrer dans le régime que certaines femmes enceintes croient devoir s'imposer, il était bon de signaler comme nuisible l'ensemble des mêmes substances qui sont isolément très-innocentes. C'est ainsi que le régime d'une femme enceinte, exclusivement formé de substances alimentaires émollientes, en ralentissant l'action des principales fonctions chez la mère, retarde le développement de l'enfant.

On remarquera que, parmi les débilitants, il est un certain nombre de substances nutritives et analeptiques. Tels sont, par exemple, les fécules, la gélatine, la gelée de corne de cerf, etc. Ces substances, à cause de leur assimilation facile, peuvent composer un régime nourrissant pour une constitution débilitée, qui, pendant la convalescence d'une maladie, a besoin de recouvrer progressivement ses forces ; mais l'usage exclusif de ces aliments constituerait un régime débilitant pour une femme enceinte qui, sans avoir rien perdu de ses forces, a besoin d'accroître celles-ci pour les partager avec le nouvel être qui se développe dans son sein. Il est cependant une époque de la grossesse, celle des premiers mois, où la femme doit faire usage d'aliments légers, de facile digestion, tels que les fécules, les gelées de viande, etc.

Ce que nous avons dit des médicaments que nous avons mentionnés s'appliquent à presque toutes les formes sous lesquelles on peut les employer. Tels sont les bains, les lotions et fomentations, les liniments, les cataplasmes, les lavements, les injections, tisanes, potions, limonades, sirops, teintures, vins médicinaux, poudres, pilules, pastilles, tablettes, etc.

Après avoir fait connaître l'action des médicaments sur l'économie de la mère et de l'enfant, disons spécialement que les boissons à la glace, de quelque composition qu'elles soient,

causent des coliques violentes et provoquent des fausses couches. Ajoutons un mot spécialement sur les boissons échauffantes et sur les aliments de cette qualité.

L'action stimulante des substances à odeur forte, pénétrante, aromatique, à saveur chaude, est vive et prompte. L'usage continu de ces aliments et de ces boissons active la circulation, augmente la chaleur, agite le système nerveux, et, par suite, porte le trouble dans les fonctions; alors les digestions se dérangent; il survient des cordialgies, des pertes se déclarent; et, si le fœtus, victime de pareilles épreuves, ne périt pas, il portera, dès sa naissance, les germes des maladies constitutionnelles auxquelles peut donner lieu une constitution prématurément viciée aux sources mêmes de la vie.

De ce qui précède, ne concluez pas qu'il faille proscrire du régime des femmes enceintes les boissons cordiales que réclament assez souvent les faiblesses et les défaillances auxquelles expose l'état de grossesse. On doit même chercher à les prévenir par l'usage d'un peu de bon vin. Si le vin cause des aigreurs, on le remplacera par l'eau de fleurs d'oranger, par l'eau de menthe, eau de mélisse, etc., selon les conseils du médecin.

Si la femme est d'une organisation délicate, ou qu'elle ait à craindre de donner le jour à des enfants héritiers de la faible constitution de leur père, elle devra faire usage pendant le temps de sa grossesse de quelques toniques.

Je ne parlerai pas des médicaments que le médecin pourra conseiller à titre de toniques, cela constitue une médication; je ne dois parler ici que des substances médicamenteuses tombées dans le domaine du régime hygiénique, par suite des préparations en quelque sorte culinaires qu'on leur fait subir en les incorporant dans les éléments de notre nourriture journalière, tels que le pain, le chocolat, les boissons ordinaires, etc. Je me bornerai dans cet article déjà trop étendu à parler du fer dont la mode n'a aujourd'hui répandu partout l'usage que parce que son utilité a été universellement reconnue.

Si je parle longuement ici du fer, au lieu d'attendre l'époque où il s'agira du régime des enfans, c'est qu'il me restera encore beaucoup à dire alors, et que, d'ailleurs, si la mère est délicate, l'usage du fer doit commencer pour l'enfant dès la vie utérine.

M. le docteur Coster a soumis des femelles de lapins et des chiennes récemment fécondées à des conditions délétères (privation de la lumière et du mouvement, séjour perpétuel dans l'humidité et le froid). Ces animaux ont été nourris en majeure partie avec du pain chalybé contenant à dessein des proportions exagérées de fer, pour voir jusqu'à quel point cet agent serait toléré par les fœtus. Tous sont bien venus à terme, et se sont développés d'une manière vigoureuse en tétant leurs mères. Maintenues sous l'influence des mêmes agents extérieurs, et soumises à l'alimentation martiale pendant l'allaitement pour continuer d'agir sur leurs petits par la modification opérée de cette manière sur le lait, les mères ont donné de beaux nourrissons. Chez les femmes enceintes, mêmes avantages obtenus des préparations de fer. Le pain chalybé est une des plus assimilables; mais le chocolat lui est de beaucoup préférable pour le goût.

C'est une idée heureuse et féconde en résultats hygiéniques qu'a eue M. Colmet-d'Aage, pharmacien à Paris, lorsqu'il a conçu la combinaison d'une préparation ferrugineuse puissante avec un aliment aussi agréable au goût que le chocolat, pour composer un *aliment médicamenteux* facilement supporté par tous les estomacs.

Quelle que soit la manière dont il se fait que, dans le chocolat ferrugineux, le mélange du fer et du cacao ne conserve aucune trace du goût atramentaire et styptique du fer, c'est un privilége dont cette préparation jouit exclusivement, et qu'elle ne partage jusqu'à présent avec aucune autre; aussi est-elle, de toutes les préparations ferrugineuses, celle qui s'administre le plus facilement aux enfants et le plus longtemps aux adultes. C'est cette qualité précieuse qui lui a valu d'être hautement approuvée par les médecins les plus distingués: MM. Fouquier, Guersant, Blache, Trousseau, Récamier, Emery, Hervez de Chégoin, Matthieu, Roche, Lacorbière, Marjolin, etc. A la suite de pareils témoignages, nous n'hésitons pas, après mûr examen et d'après notre propre expérience, à seconder la publicité sérieuse et scientifique que mérite cette préparation, dont la place est marquée parmi les médicaments les plus accrédités. Nous la recommandons aux médecins et aux familles. Propager la connaissance des

moyens hygiéniques ou de médecine préventive, c'est aller au-devant du mal et, autant que possible, le prévenir; c'est notre mission.

Les femmes enceintes, dont l'estomac si capricieux remplit mal ses fonctions, chez lesquelles souvent l'appétit est détruit ou perverti, chez lesquelles les digestions sont pénibles, doivent évidemment choisir, parmi les préparations ferrugineuses, celle au chocolat; c'est celle qu'elles supportent le mieux, parce que c'est d'ailleurs celle que l'économie absorbe et s'assimile le plus facilement. Aussi les gardes-robes sont-elles beaucoup moins coloriées en noir par l'usage de chocolat que par l'emploi des autres préparations de fer. J'ai eu plusieurs fois occasion de voir les effets peu satisfaisants des préparations de fer au chocolat, grossièrement imitées de celle du pharmacien dont je viens de parler. Je renvoie le lecteur à la notice que cet habile pharmacien a publiée sur la manière de l'employer.

Docteur Vanier.

REVUE RÉTROSPECTIVE,

par le docteur **VANIER.**

Dans la prévision des observations de *phthisie ganglionaire bronchique* que nous aurons à publier dans cette Revue, nous allons faire connaître sur cette maladie peu connue les idées qui ont été émises par M. le docteur Becquerel (*Gazette Médicale*) et qui sont le fruit d'une observation rigoureuse. Ce travail servira de base aux études que la *clinique* nous offrira sur cette maladie, plus fréquente que ne le supposent ceux qui, ne la faisant pas entrer dans le diagnostic différentiel des affections thoraciques, sont exposés à la méconnaître.

Avant d'offrir à nos lecteurs les faits cliniques de tuberculisations, entrons dans cette série d'études par quelques considérations générales sur la dégénérescence tuberculeuse chez les enfants.

« Jusqu'à la puberté et surtout dans l'âge tout-à-fait tendre, dit M. le docteur Chéneau, la nature ne cherche que la conservation de l'être et son accroissement. La vie toute matérielle de celui-ci se trouve concentrée dans les organes réparateurs et est tout assimilatrice: les dérangements fonctionnels de ces

organes devaient donc..... favoriser davantage les circonstances qui président au développement tuberculeux; et, en effet, les tubercules sont alors plus fréquents dans les ganglions mésentériques et dans les intestins. »

Pour appuyer sa théorie l'auteur affirme que les phthisies ganglionaire, mésentérique et intestinale, sont plus fréquentes que les autres, avant la puberté; cette assertion, à l'appui d'une théorie, méritait d'autant plus d'être étayée sur des preuves. En attendant celles-ci, nous regardons cette proposition comme fausse, et nous disons que dans les hôpitaux d'enfants les tubercules des ganglions bronchiques et pulmonaires sont plus fréquents que les tubercules des ganglions mésentériques et des intestins. Ainsi, « l'abdomen étant, à cette époque, le centre principal vers lequel la nature dirige ses efforts, » la théorie de M. le docteur Chéneau explique bien la grande fréquence des tubercules abdominaux à cet âge, mais non pas leur fréquence plus grande que celle des tubercules dans les autres régions; aussi, cette plus grande fréquence n'existe-t-elle pas, et nous pouvons affirmer que les tubercules sont pour le moins aussi fréquents chez les enfants que chez les adultes.

L'activité des organes est généralement regardée comme la source la plus puissante de leur prédisposition relative à la tuberculisation, et l'organe le plus actif serait directement frappé par sa propre activité.

C'est ainsi que l'on a expliqué la plus grande fréquence des tubercules au cerveau dans les premières années de l'existence. M. Chéneau diffère ici de l'opinion générale, et il a raison; d'abord il n'admet pas la plus grande fréquence des tubercules au cerveau chez les enfants, et il a raison. Il explique ce fait par l'inactivité du cerveau avant la puberté, époque à laquelle commencent à se mettre en jeu toutes les facultés. Et, cependant, ce ne sera point, selon l'auteur, le cerveau qui sera victime de sa propre activité, mais ce sera le poumon où viendra retentir, par le moyen du pneumogastrique, la surexcitation produite au cerveau par les travaux de l'esprit, les passions, l'ambition, ce qui ne manquera pas d'avoir lieu également chez les enfants dont on surexcitera prématurément le cerveau par la culture des arts, la fréquentation des spectacles, par l'exigence d'une instruction exagérée, etc. Ainsi, M. Chéneau, après avoir admis, dans le jeune âge, l'influence directe des organes assimilateurs sur eux-mêmes pour produire la tuberculisation au centre de leur propre activité, ne l'admet plus quand il s'agit du cerveau. Comment l'excitabilité intellectuelle du cerveau, excitabilité qui devient physiologique du moment qu'elle se matérialise par

des effets morbides, matériels ; comment ne produit-elle pas sur le cerveau ce que l'excitabilité physiologique des organes de la digestion produit sur ces organes eux-mêmes. Il n'y a pas jusqu'aux excitations des organes génitaux qui, au lieu de porter directement leur action sur les organes génitaux et de les rendre tuberculeux, ne détourne leur action pour la porter sur les poumons par le cerveau et par le pneumo-gastrique. « La vie toute matérielle dans l'enfance se trouvant, pour ainsi dire, bornée aux fonctions abdominales, on conçoit que *les troubles de l'influx nerveux se passent de préférence sur les organes qui y sont contenus* et que la formation des tubercules y soit plus fréquente, tandis qu'une fois la puberté accomplie..... le cerveau accomplissant des fonctions auxquelles il ne participait que dans des proportions infiniment moindres, les agitations continuelles doivent à leur tour modifier les organes avec lesquels il a des *rapports directs,* et qu'ainsi la tuberculisation pulmonaire doit s'effectuer de préférence. » Mais, à ce titre, c'est le cerveau lui-même qui devrait être modifié, car il n'a pas de rapports plus *directs* qu'avec lui-même, et les troubles de l'influx nerveux devraient se passer de préférence sur le cerveau comme ils se passent de préférence sur les organes qui sont le siége des fonctions abdominales.

La doctrine de M. Chéneau n'est point de celles qui sont empreintes d'un cachet évident de justesse ; elle n'est point assez saisissante de raison pour que l'on oublie de lui demander des preuves. Loin de saisir l'esprit du lecteur par l'évidence, elle est de ces théories de second ordre qui, pour se faire admettre, doivent s'appuyer sur des faits d'observation, sinon elles restent à l'état d'hypothèses. Aussi ne l'ai-je mentionnée que parce que M. Chéneau en tire des idées pratiques, qui le conduisent à un nouveau mode de traitement : modifier l'influx nerveux, réveiller l'action des centres nerveux. L'auteur veut que pour entretenir le contentement moral chez les phthisiques on les envoie au bal, aux spectacles ; mais, à côté de ces plaisirs, il recommande, pour certains cas, l'application de moxas, de vésicatoires ou de quelque moyen analogue sur le crâne ou sur les parties les plus voisines de l'origine de la huitième paire.

Avant de juger la théorie de M. Chéneau, nous en attendrons les faits justificatifs, et surtout nous attendrons avec impatience des exemples authentiques de guérison obtenue par les moyens qu'il propose.

Dans le prochain cahier, nous traiterons de la *phthisie ganglionaire bronchique*. Il ne s'agira plus de théorie.

CHRONIQUE.

Lorsque, dans nos derniers numéros, nous disions qu'il était, dans l'intérêt de la science, de ne pas s'occuper de l'anatomie pathologique, à l'exclusion des cas de guérison, nous étions loin de penser que nous serions appelés aujourd'hui à joindre notre voix et nos vœux à ceux de toute la presse médicale et de tous les médecins, pour demander l'abrogation d'une ordonnance émanée du conseil des hôpitaux et tendant à arrêter les progrès de l'anatomie pathologique.

La question des autopsies intéresse trop vivement l'une des parties les plus importantes de la science, pour que nous ne devions pas nous en occuper.

Le doyen de la faculté, M. Orfila, a, le premier, réclamé au nom de la science; et en même temps que nous avons à exprimer le même vœu que lui, nous avons à revendiquer, comme honorable pour le corps médical, sa conduite en cette circonstance.

Le conseil des hôpitaux, ayant décidé, à la majorité des voix, qu'à l'avenir, les médecins des hôpitaux ne pourraient chercher, dans l'anatomie pathologique, la preuve de leur diagnostic, sans la *permission préalable et écrite* de la famille, M. Orfila protesta seul, sur onze votans, contre cette décision.

Malgré les arguments les plus péremptoires, M. Orfila succomba, et l'arrêté fut mis à exécution dans les premiers jours de septembre. A la séance du 15, M. Orfila demanda un nouvel examen, et, dans une vive discussion, réclama, non pas seulement pour les professeurs, mais bien pour tous les médecins des hôpitaux, l'autorisation de faire les autopsies des cadavres réclamés. Il ajouta que c'était un droit, d'après l'arrêté ministériel de 1824. Les efforts de M. Orfila succombèrent encore, mais à la minorité de 4 voix contre 5. M. Orfila envoya sa démission motivée. M. le préfet lui répondit qu'il ne l'acceptait pas, et qu'il lui ouvrait une voie de conciliation. M. Orfila se rendit encore à la séance du 22. Nouvelle déception. Devant le résultat de cette délibération, M. Orfila se retire de la salle, puis il insiste auprès de M. le préfet pour que la question soit portée par lui devant le ministre de l'intérieur, tandis qu'il adresse, de son côté, une réclamation énergique à ce ministre, pour que, provisoirement, l'exécution de la mesure soit suspendue. M. le préfet a écrit aux directeurs des hôpitaux *de surseoir à l'exécution de l'arrêté.*

L'Académie de médecine, de son côté, a voté à l'unanimité la proposition que le conseil d'administration de l'Académie s'adresse au ministère de l'intérieur pour obtenir la révocation de l'arrêté pris par le conseil général des hôpitaux.

La cause de la science, et partant de l'humanité, n'est donc pas encore perdue, grâce à l'intelligente fermeté du doyen. Grâce à lui, espérons-le du moins, notre siècle ne donnera point l'exemple d'un acte digne des temps de l'ignorance.

Que si nos espérances étaient déçues, devrions-nous conseiller, avec un de nos confrères de la presse, à nos confrères des hôpitaux, d'imiter l'exemple de démission donné par M. Orfila? Non, assurément. La conduite de M. Orfila a été ce qu'elle devait être; elle a été digne et ferme; celle des médecins des hôpitaux serait, avant tout, funeste aux pauvres malades. Les médecins des hôpitaux sont, en général, l'élite du corps médical; les pauvres malades ont besoin d'eux.

Espérons plutôt que le conseil éclairé des hôpitaux modifiera sa résolution, et que, pour satisfaire aux plaintes faites par les familles sur les mutilations inutiles, il voudra concilier, comme on l'a dit, les respectables scrupules des familles avec les besoins et les droits de la science, en se contentant d'exiger que les médecins se bornent aux seules opérations rigoureusement indispensables pour l'examen nécroscopique.

Le conseil des hôpitaux a bien assez à faire d'exercer sa philanthropie et sa charité sur les pauvres vivants; il peut se dispenser de l'étendre jusqu'aux morts.

Interroger les cadavres, ce n'est point manquer de respect envers les morts. Mais, dit-on, c'est par égard pour les familles. Mais si quelques familles ignorantes sont aveuglées par les préjugés, est-ce à vous, membres éclairés de l'administration des hôpitaux, de ces monuments de la charité élevés pour ces familles, grâce aux lumières apportées au monde par le christianisme, est-ce à vous à respecter ces préjugés de l'ignorance?

A côté des droits de l'humanité, la civilisation a voulu ceux de la science. Sachez maintenir ces droits que la morale même la plus timorée ne réprouve pas.

Heureusement, l'administration n'est pas toujours aussi mal avisée. On parle de plusieurs réformes concernant le service des hôpitaux auxquelles nous nous empressons d'applaudir.

Post scriptum. — Nous venons d'apprendre que le ministre de l'intérieur a arrêté que *les choses seront maintenues comme par le passé.* On trouvera encore moyen de dire que M. Orfila a mérité de ne pas siéger au conseil. Docteur VANIER.

Paris. — Imprimerie de Paul Dupont et comp., rue de Grenelle-St-Honoré, 55.

CLINIQUE MÉDICALE.

Leçons de clinique sur les maladies des enfants, par M. le professeur TROUSSEAU ; recueillies par M. LHOMMEAU, interne (1).

DE LA COQUELUCHE.

L'année dernière, un enfant atteint d'une coqueluche légère pendant trois semaines sortit de l'hôpital, et parut guéri pendant deux mois ; il vient de rentrer, et il présente encore les symptômes de la coqueluche, nous laissant à savoir s'il y a eu là une interruption dans l'influence du vice morbifique, s'il y en a un, ou s'il y a eu récidive.

Un autre enfant a présenté une interruption des accidents pendant huit jours, et a été repris d'une coqueluche violente. Nous aurons à voir si, dans ces cas, la maladie aura la bénignité qu'on remarque, par exemple, dans les récidives de la variole.

Ces cas, et quelques autres que nous avons dans le service, vont être l'occasion de quelques leçons sur la coqueluche. Disons, en passant, que ce nom est excellent et préférable à tout autre, parce qu'il est insignifiant, parce qu'il ne préjuge aucune question, enfin parce que tout le monde comprend parfaitement ce qu'il veut dire.

La coqueluche est une affection catarrhale, avec un élément spasmodique spécial qui se joint au premier, mais qui s'en sépare quelquefois ; car il peut exister seul, comme nous le redirons en parlant des diverses formes de la maladie à son début.

Causes. — Quand on exerce à la campagne, on voit qu'elle

(1) M. Lhommeau continuera de rédiger et de publier, dans ce journal, les leçons cliniques de M. Trousseau sur les maladies des enfants. Nos lecteurs trouveront en cela une garantie pour la fidèle reproduction de la pensée réelle du professeur. Ces articles seront sanctionnés par le professeur lui-même.

M. le docteur Berton commencera prochainement une série d'articles sur la *thérapeutique appliquée aux enfants.*

Ces témoignages d'intérêt seront aussi utiles à nos lecteurs qu'ils sont honorables pour nous.

n'est pas sporadique ; elle vient comme les maladies réputées contagieuses : la rougeole, la scarlatine, la variole, etc. Elle se déclare chez un enfant, puis successivement chez tous ceux d'un hameau ou d'un village.

Dans les grandes villes, à Paris, par exemple, il y a toujours des cas de coqueluche ; elle est sporadique alors. Quelquefois elle prend une physionomie épidémique. On ne peut donc conclure de l'une à l'autre de ces localités. En province, on sait plus facilement et mieux ce qui se passe, le contact et la transmission du mal peuvent être facilement constatés ; et, de ce qu'on n'a pu les surprendre, on aurait tort de les nier. Il est probable qu'elle se comporte de la même manière que la variole. Celle-ci ne s'est développée dans les îles, en Amérique, qu'après l'arrivée des vaisseaux européens ; jamais on ne la voit se développer sporadiquement dans les villages isolés.

La contagion peut s'opérer sans contact apparent. Ainsi, dans le commencement de ma pratique, à Paris, j'ai vu seize ou dix-sept personnes gagner la variole, pour être venues dans une boutique de mercière, séparée, par une cloison incomplète, de l'arrière-boutique, où couchait un varioleux. Là, le contact avait eu lieu, et il aurait pu échapper, comme cela arrive sans doute dans bien des cas.

Dans notre salle Sainte-Thérèse, nous avons vu arriver un enfant atteint de coqueluche, et, au bout de quinze jours, tous les autres enfants de cette salle ont été atteints du même mal. La salle d'en bas a été respectée d'abord ; mais, plus tard, elle a été envahie.

Si la coqueluche est contagieuse, pourquoi ne l'est-elle pas toujours, dira-t-on ? et, en effet, elle ne l'est pas toujours. Elle l'est pendant un mois, et ne l'est plus dans le mois d'après ; elle ne frappe plus ceux qui entrent.

Pourquoi ? je n'en sais rien ; mais on observe dans d'autres circonstances des phénomènes de même ordre. Pourquoi certaines graines ne lèvent-elles qu'à une époque déterminée ? Un haricot, mis dans des conditions convenables, lèvera toujours, lui ; mais des noyaux de cerise mis en terre, placés dans toutes les conditions physiques nécessaires à la germination, ne lèveront qu'au mois d'avril. Il en est encore ainsi de l'éclosion de certains animaux. Les chrysalides d'un papillon du

genre bombyx éclosent en un mois déterminé; eh bien, celles d'une même collection qui passent cette certaine époque n'éclosent point successivement après les premières; elles attendent tout une année leur mois spécial.

On ne voit pas pourquoi certains germes contagieux lèvent toujours, pourquoi d'autres ne lèvent que dans un temps déterminé; pourquoi ils n'éclosent, en quelque façon, que dans certaines saisons: sans doute que cela tient à des conditions spéciales de germination qui nous échappent d'ailleurs.

Quand la coqueluche sévit dans une famille, elle en atteint tous les membres et tous ceux qui sont mis en contact avec eux; mais, plus tard, les derniers ne donnent plus la maladie. De même que la variole, si violemment contagieuse, elle devrait s'étendre à tous, jusqu'au dernier, si les conditions de germination n'étaient arrêtées.

Nous pensons donc que la coqueluche est contagieuse, qu'elle provient d'un miasme contagieux. Quand elle est sporadique, elle *peut* se développer peut-être sans contagion; mais peut-être aussi, dans ce cas, un germe déposé depuis un temps plus ou moins long a-t-il attendu son opportunité pour lever, comme font les plantes et les animaux.

Symptômes du début. — Je vous ai cité, dans de précédentes leçons, des enfants qui, au début, avaient le hoquet convulsif de la coqueluche: elle était constituée coqueluche avant d'être autre chose; chez d'autres, on observe d'abord une respiration singultueuse; quelques-uns présentent une toux initiale particulière, composée de secousses incessantes, sans quintes, qui dure ainsi pendant cinq à six jours, et se transforme graduellement en quintes de mieux en mieux caractérisées. Quelques autres ont, dès le début, des quintes convulsives. Nous avons vu une autre forme encore chez un de nos petits malades: cinq à six aspirations consécutives se composaient d'un effort de toux dans l'expiration, et, dans l'inspiration, du sifflement spécial de la coqueluche. Mais, dans le plus grand nombre des cas, elle succède à la toux et aux quintes d'un catarrhe aigu; au bout de huit à vingt jours, on voit celles-ci prendre le caractère convulsif.

Dans *l'état,* la coqueluche est caractérisée par une toux particulière, semblable chez tous, chez le vieillard, l'adulte et les

enfants. Ceux-ci semblent pris de malaise, ils grognent ou crient, ils sont méchants, tracassiers, quelques-uns battent leur bonne. Cet état dure quelques minutes, puis ils rougissent, font un effort, et sont pris de secousses plus ou moins nombreuses, involontaires, convulsives, jusqu'à la fin de l'expiration, pendant laquelle ces secousses s'accomplissent ; alors il survient une inspiration sifflante particulière, après laquelle tout semble fini ; mais ordinairement l'accès n'est qu'interrompu : il se renouvelle deux ou trois fois avec plus ou moins de violence, jusqu'à ce qu'il survienne un sanglot suivi de vomissement. Il est rare que le hoquet manque dans la période d'état. Le vomissement n'accompagne pas aussi constamment toutes les quintes : un enfant qui a cinquante quintes, par exemple, ne vomit pas plus de huit ou dix fois.

La forme particulière du sifflement qu'on remarque dans la coqueluche en est un élément spécial et de nature spasmodique. On ne peut point l'attribuer, comme Broussais et Desruelles, à l'intensité de la phlegmasie ; certaines bronchites, certaines toux quinteuses considérables ne s'accompagnent jamais de ces reprises caractéristiques. On ne peut pas non plus dire, avec Bérard, que ce sifflement se produit à cause de la rapidité de l'inspiration qui doit suivre les expirations nombreuses par lesquelles la capacité du thorax a été considérablement diminuée.

Cela ne tient pas non plus à l'âge et à l'inexpérience des jeunes sujets, car on l'observe également chez l'adulte et chez le vieillard.

Pendant la quinte la face est rouge et tuméfiée, les yeux sont gonflés et souvent cette bouffissure persiste et suffit aussi à diagnostiquer la coqueluche chez un enfant qui tousse. Souvent on voit survenir des épistaxis ; cependant cet accident est peut-être plus rare que ne le disent les auteurs, car nous ne l'avons observé qu'une fois dans notre service. Cette épistaxis peut être mortelle, car elle se renouvelle souvent ; elle peut amener un état cachectique si on n'y remédie et si on ne répare pas les pertes qu'elle fait subir à l'économie. On doit veiller à ce que les enfants ne se touchent pas au nez pendant la durée de cette maladie. On a vu le sang sortir par les oreilles, par les points lacrymaux ; une de nos

clientes, atteinte de la coqueluche à l'âge de 12 ans, perdait du sang par un bouton qu'elle portait à la joue.

Ces hémorrhagies sont dues aux efforts et aux secousses qui accompagnent les quintes : on les a vues produire des hernies, quelquefois la chute du rectum, l'excrétion des urines, surtout chez les filles, ou des matières fécales; phénomènes qui effraient beaucoup les parents.

Le nombre des quintes est fort variable ; quelques malades en ont seulement quatre ou cinq, d'autres en ont dix, vingt et jusqu'à soixante-douze.—Elles reviennent plus ordinairement le soir et la nuit ; c'est pendant la durée de celle-ci, à part quelques exceptions, qu'elles sont plus fréquentes. Elles ont ce caractère de commun avec quelques autres affections spasmodiques, et elles se renouvellent plus particulièrement encore de 6 à 9 heures du soir et de 3 à 6 heures du matin.

Quand on ausculte un enfant qui va avoir une quinte de coqueluche, on entend du râle ronflant ou muqueux à bulles plus ou moins grosses; après la quinte, les signes sthéthoscopiques ne sont pas notablement changés, cependant les malades ont souvent rendu une quantité, quelquefois considérable, de mucus glaireux et filant comme du blanc d'œuf, ou plus blanc ou puriforme. Cette sécrétion est peut-être immédiate comme celle de certains flux, du flux nasal, de la diarrhée, etc. Cependant cette origine ne peut guère être admise quand la matière est puriforme.

La nature de cette matière est importante à noter en pronostic. Au début elle est claire, elle devient jaune dans l'état ; l'aspect puriforme annonce le déclin du mal.

La durée de la coqueluche est très variable. La période d'invasion peut durer de quelques heures à quinze jours, et l'état de quelques jours à quelques mois, cinq, dix-huit et même deux ans. Au milieu d'une épidémie de coqueluche on voit quelquefois des enfants qui en présentent les symptômes bien caractérisés pendant quelques jours seulement, et n'ont ainsi que quelques quintes au lieu de quelques milliers; d'autres enfants n'ont qu'un simple catarrhe. Ces enfants acquièrent ainsi une immunité complète. — Ce phénomène s'observe aussi dans quelques autres maladies contagieuses qui ne récidivent point ordinairement.—Ainsi quelques-uns sont quittes

de la scarlatine, de la variole, etc., pour une angine ou pour une fièvre varioleuse. Dans les points de l'Espagne où sévit quelquefois la fièvre jaune, on laisse les enfants au foyer même du mal, car on sait qu'ils achètent ainsi à peu de frais des qualités préservatrices de cette terrible maladie.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Des amputations chez les enfants, par F.-L. TAVIGNOT, ancien interne de l'Hôpital des enfants, lauréat des hôpitaux et de l'École pratique, etc.

Une discussion célèbre occupa quelque temps l'ancienne académie de chirurgie; c'était celle de savoir si dans les lésions traumatiques des membres, assez graves pour nécessiter la perte du membre, il convenait de pratiquer l'amputation immédiatement, ou bien, au contraire, s'il était nécessaire d'attendre le développement d'accidents plus ou moins sérieux avant de se décider au sacrifice de la partie malade. Une question parallèle à celle-ci serait la suivante: A quelle époque, dans les maladies organiques des os, convient-il de pratiquer l'amputation, et en particulier chez les enfants. Quelles sont les bornes au delà desquelles les ressources de la nature sont insuffisantes pour la guérison spontanée, et où, par conséquent, les moyens chirurgicaux sont naturellement indiqués?

Cette question n'a pas encore reçu une solution entièrement satisfaisante, et elle mérite bien qu'on s'en occupe encore.

Règle générale : pour des affections organiques des os, il ne faut pratiquer l'amputation d'un membre chez les enfants que dans les deux circonstances suivantes :

1° Lorsque par sa nature la lésion est trop étendue pour qu'on puisse rationnellement espérer de conserver au malade un membre qui lui soit encore de quelque utilité, à supposer même que la guérison puisse avoir lieu ;

2° Quand, par suite des progrès du mal, les fonctions nutritives viennent à être tellement altérées qu'on ne puisse les rétablir, sans enlever la cause qui a réagi sur elles.—Je veux parler des cas où une diarrhée colliquative menace de faire périr le malade de consomption.

Ces deux propositions, si générales qu'elles puissent être, se trouvent justifiées par les considérations suivantes : il est évident, en effet, que si la guérison que l'on espère doit être achetée au prix d'une altération telle du membre affecté qu'il soit pour l'avenir non seulement inutile au malade, mais même excessivement embarrassant, d'une part; et si, d'une autre part, les accidents ou complications qui peuvent survenir pendant le cours de cette longue période nécessaire pour la guérison spontanée viennent à contre-balancer, et au delà, les dangers immédiats de l'amputation, il est évident, dis-je, qu'il n'y a plus à hésiter ; l'indication d'amputer est réelle et se trouve suffisamment justifiée. Mais s'il s'agit simplement d'une lésion osseuse parfaitement circonscrite et limitée à une seule articulation au tarse, au genou, etc., l'amputation se trouve-t-elle indiquée lorsque cette altération a atteint un degré même très avancé, c'est-à-dire lorsqu'il existe des trajets fistuleux, des séquestres? etc. Je ne le crois pas pour mon compte, et voici sur quoi je me fonde. De deux choses l'une, ou bien la cachexie scrophuleuse, sous l'influence de laquelle s'est développée la maladie osseuse est susceptible de disparaître, soit sous l'heureuse influence de conditions hygiéniques appropriées, ou bien par suite de la révolution que la puberté opère dans l'organisme ; ou cette cachexie se prolongera pour ainsi dire indéfiniment. Dans la première hypothèse, il est aisé de comprendre combien sera facile la guérison spontanée de la maladie des os, la cause qui lui a donné naissance venant à disparaître; c'est en effet ce que l'on observe assez souvent dans la division des scrophuleux, la guérison définitive s'opère après l'élimination successive d'un certain nombre de séquestres.

Dans le cas où la cachexie scrophuleuse persiste, n'est-il pas évident que votre amputation pourrait être au moins prématurée, car trop souvent il vous arrivera alors de voir se développer ailleurs une altération semblable à celle qui a nécessité

l'amputation; et, certes, vous ne pousserez pas la hardiesse chirurgicale jusqu'à proposer l'ablation de plusieurs membres dans une circonstance semblable.

Une tumeur blanche chez un enfant, quel que soit son degré, ne constitue donc pas une indication d'amputer; celle-ci n'existe réellement que lorsqu'à la maladie locale viennent se joindre des troubles fonctionnels au dessus des ressources de l'art, tant que persiste la cause qui les entretient.

Lorsque survient la diarrhée colliquative menaçant d'entraîner promptement les malades au tombeau, on est alors d'autant plus autorisé à agir que l'état de faiblesse profonde où sont jetés les malades semble favoriser la guérison (1).

Mais, je suppose, l'opération est indiquée et elle est résolue. Est-il indifférent de pratiquer cette opération à toutes les époques de l'année? Et remarquez bien ici que dans ces affections des os on peut, en général, temporiser et attendre à son gré des circonstances favorables. Il appartenait à ceux qui ont beaucoup vu et long-temps observé de ces maladies des os chez les enfants de nous fournir le résultat de leur expérience personnelle. Je ne puis donc mieux faire ici que d'exposer succinctement la doctrine que professe à cet égard le chirurgien de l'Hôpital des enfans, M. P. Guersant.

Il est une période de l'année pendant laquelle les affections des os sont pour ainsi dire stationnaires, c'est-à-dire que ces maladies, tant des os que des parties molles environnantes, ne sont accompagnées d'aucune sorte de réaction, soit locale, soit même générale. Elles semblent pendant ce temps ne faire que des progrès bien lents, soit vers la guérison ou bien même vers une extension plus grande encore de leur cercle pathologique; cette époque de l'année est celle qui est comprise entre les mois de mai et d'octobre, c'est donc là une période d'à peu près six mois. N'est-il pas vrai, dès-lors, qu'en choisissant de préférence cette portion de l'année pour y pratiquer ses opérations, on devra naturellement se trouver dans

---

(1) Cette proposition, en apparence paradoxale, me paraît assez bien justifiée par plusieurs de nos observations. M. Gerdy n'aurait donc pas eu tort de lui prêter l'appui de son autorité.

des conditions meilleures, et par rapport à l'état général, et aussi à cause de l'état local des sujets dits *scrophuleux?*

Nous pensons donc que le choix que nous avons fait de cette époque de l'année pour pratiquer nos opérations doit être pris en considération, lorsqu'il s'agira de se rendre compte de nos résultats constamment heureux. A côté de l'indication d'agir et de l'époque à laquelle on doit le faire, il y a encore cette autre question : à quelle distance de l'affection osseuse apparente faut-il pratiquer l'amputation? Il n'est point indifférent, en effet, d'amputer dans un lieu voisin de la tumeur blanche, par exemple, ou bien à une grande distance de celle-ci et de se rapprocher, dès-lors, considérablement du tronc. Dans le premier cas, on a bien, à la vérité, le grand avantage de conserver le plus possible du membre et de diminuer dès-lors la gravité de l'opération ; mais on court par malheur le risque d'agir sur une portion osseuse, offrant déjà un commencement d'altération qui, plus tard, apportera des obstacles sérieux à la cure définitive. Il ressort, en effet, d'une manière positive de l'étude des maladies des os que le plus souvent ces affections ne sont point, à la période à laquelle elles réclament l'amputation, aussi localisées qu'elles sembleraient au premier aperçu, de telle sorte que tel gonflement de l'extrémité inférieure du fémur, que l'on croyait limité à l'épiphyse, s'accompagne très souvent d'une altération plus ou moins avancée de la moelle, d'une dilatation de la cavité médullaire, par amincissement de ses parois, c'est-à-dire sans augmentation de volume appréciable de l'os lui-même, et cela quelquefois dans toute l'étendue de la diaphyse. Rien de positif n'annonçait donc pendant la vie cette altération, et, je le répète, rien de plus fréquent qu'elle. Ce qui nous fournit si souvent des véroles osseuses consécutives aux amputations, je mets en fait que c'est moins souvent le décollement du périoste par la scie de l'opérateur, que ces mêmes affections médullaires.

Amputer trop près du mal, ce serait donc s'exposer à ce sérieux accident (1).

(1) Nous trouverons dans nos propres observations des faits venant à l'appui de cette manière de voir, et qui la justifieront, je crois, d'une manière complète.

Mais, je suppose, l'indication d'amputer existe; reste encore à voir s'il n'y a pas de contre-indication tirée de l'examen des diverses cavités. L'état de la poitrine a surtout, et à juste titre, fixé l'attention des chirurgiens; mais n'a-t-on pas trop souvent exagéré la fréquence des tubercules pulmonaires dans le cas de maladies des os? C'est ce que nous allons examiner en nous fondant sur nos propres recherches (1).

Brodie (2) paraît peu partisan d'une amputation prématurée dans les cas de maladies chroniques des articulations. Il se fonde surtout sur cette proposition, qui est au moins contestable, à savoir, que la maladie des jointures doit être considérée comme un moyen révulsif propre à *suspendre les progrès* destructeurs des tubercules thoraciques ou abdominaux. Il cite, à l'appui de cette manière de voir, quelques observations où, l'amputation pratiquée, les malades auraient vu leurs tubercules faire de rapides progrès et entraîner promptement la mort.

Pour ceux qui considèrent, en effet, les cachexies scrophuleuses et tuberculeuses comme étant d'une nature identique, rien de plus naturel que la coïncidence des tubercules pulmonaires et des maladies scrophuleuses des os; mais, à côté des doctrines, il y a les faits non moins respectables qu'elles, et voici ce qu'ils nous fournissent dans ce cas particulier.

Nous avons examiné avec le plus grand soin un certain nombre de ces enfants affectés de maladies scrophuleuses

---

(1) On a raisonné par analogie et en vertu de certaines lois pathologiques, qui ne me paraissent pas plus applicables aux sujets qui ont plus de quinze ans qu'à ceux qui n'ont pas encore atteint cet âge.—On a dit : Les affections scrophuleuses des os sont de nature tuberculeuse, par conséquent rien de plus naturel que de trouver des productions de même nature dans les poumons, par exemple. Cette manière d'envisager la question a bien quelque chose de séduisant, malheureusement elle n'est pas exacte; et j'espère qu'il ressortira des recherches particulières que j'ai entreprises sur les maladies des os, il y a bientôt deux ans, que les affections tuberculeuses du système osseux sont, sinon des êtres de raison, au moins des altérations pathologiques tellement rares que je n'en ai pas encore observé un exemple probant.

(2) *Traité des maladies des articulations*, page 174, trad. Marchand, 1819.

des os, et qui sont en si grand nombre à l'Hôpital des enfants. Nous avons trouvé que sur cinquante-cinq malades, dont nous avons recueilli les observations dans cette direction, dix-neuf avaient des engorgements ganglionnaires, quinze offraient des altérations des os sur plusieurs parties à la fois; dans trente cas, l'altération osseuse était unique; dans les dix autres cas, cette circonstance de la localisation n'a pas été notée. Mon collègue, M. le docteur Legendre, a bien voulu me communiquer le résultat de vingt-cinq observations prises dans le même but, dans le service des scrophuleuses.

Nous avons donc pu réunir un chiffre de quatre-vingts malades ayant tous des affections osseuses arrivées à un degré, en général, très avancé. Eh bien! sur ce nombre, douze seulement nous ont offert, *à l'examen du thorax*, des signes physiques propres à faire admettre l'existence des tubercules pulmonaires; cependant je dois dire que toutes les fois qu'à l'auscultation et à la percussion du thorax on a eu quelque raison de soupçonner seulement l'existence de tubercules, les malades ont été rangés dans la classe de ceux que nous regardions comme tuberculeux.

Loin de nous cependant la pensée que, sur ces soixante-huit sujets dont la poitrine ne nous a rien offert d'anormal, il ne s'en soit pas trouvé *quelques-uns* affectés de simples granulations ou même de quelques noyaux tuberculeux isolés; le fait est même plus que probable, l'auscultation et la percussion n'étant pas dans ce cas des guides infaillibles.

Mais mon seul but a été de prouver que les scrophuleux affectés de tubercules pulmonaires assez avancés pour pouvoir être reconnus étaient en fort petit nombre, et je crois l'avoir suffisamment établi. Je pourrais encore, accumulant les preuves, invoquer à l'appui du peu de fréquence des tubercules pulmonaires dans les affections scrophuleuses des os, les cas assez nombreux de guérison, soit spontanée, soit consécutive aux amputations; mais j'ai hâte d'arriver à un genre de preuves dont personne ne mettra en doute la valeur, je veux parler des recherches nécroscopiques.

Sur vingt-quatre autopsies où j'ai noté l'état des viscères thoraciques je trouve les proportions suivantes:

Tubercules pulmonaires, trois cas; tubercules bronchi-

ques, trois cas ; c'est-à-dire que dans dix-huit autopsies les poumons n'offraient aucune trace de tubercules, soit miliaires, soit même crétacés.

Et cependant, dans ces cas, la maladie osseuse était tellement avancée qu'elle avait fait périr les malades dans un état de maigreur extrême. Ces malades avaient d'ailleurs été long-temps soumis à l'influence de causes qui, par elles-mêmes, peuvent déterminer l'affection tuberculeuse des poumons, tels le défaut d'exercice, le séjour dans des salles d'hôpital. Le développement des tubercules est donc très naturel dans les quelques cas que nous avons relatés.

Ne comprend-on pas tout d'abord l'espèce de satisfaction que doit éprouver le chirurgien, lorsqu'il sait que la coïncidence des tubercules pulmonaires avec les maladies scrophuleuses des os est, *contrairement* à l'opinion générale, un phénomène assez rare. La méthode opératoire que l'on mettra en usage chez les enfants ne nous paraît pas devoir différer de celles qui sont usitées chez l'adulte. Je ne trouve pas de raisons, soit anatomiques, soit physiologiques, dans les conditions organiques de l'enfance, capables de nécessiter des modifications importantes dans le manuel opératoire. Les règles et préceptes applicables à l'adulte ont donc ici toute leur valeur. Je dois dire cependant que, dans les diverses méthodes, la longueur des parties molles que l'on conservera pour recouvrir le moignon, doit être, absolument parlant, moins considérable que chez l'adulte, à cause du volume moins considérable des membres. Mais, ce qui différencie quelque peu les opérations pratiquées chez les enfants, c'est la marche ultérieure du travail de cicatrisation de la plaie, la fréquence plus ou moins grande de la réunion immédiate et la durée de la guérison.

Les faits qui servent de base à ce travail ne sont certainement pas assez nombreux pour élucider d'une manière complète la question qui nous occupe ; ce ne seront donc que des documens à joindre à d'autres. Mais cependant voyons ce que nous apprennent nos onze observations d'amputations pratiquées sur des enfants, tous offrant à des degrés à peu près semblables une constitution scrophuleuse et détériorée.

Sur ces onze amputations, nous avons six amputations de cuisse, cinq pratiquées par M. P. Guersant, et l'autre par

moi; quatre amputations à la partie inférieure de la jambe, deux pratiquées par M. Guersant, et les deux autres par moi. Enfin, nous avons pratiqué une dernière amputation par la méthode de Chopart.

Parmi les amputés de cuisse, le moins âgé avait trois ans; les autres avaient quatre ans et demi, huit ans et demi, douze ans, treize et quatorze ans. Leur affection osseuse était parfaitement localisée; elle n'occupait que l'articulation du genou. Cinq furent amputés par la méthode circulaire, un seul par la méthode à lambeaux latéraux. Deux nous ont présenté, à l'examen anatomo-pathologique, une altération que Brodie a surtout bien décrite, et qui n'était autre chose qu'une dégénérescence, d'apparence fongueuse, de la synoviale. Un autre offrait la variété d'ostéosarcôme de l'extrémité inférieure du fémur que Astley Cooper a désignée sous le nom d'exostose périostale. Dans les trois autres cas, il s'agissait d'une destruction des cartilages diarthrodiaux, avec lésion avancée, tant des parties molles extra-articulaires, que des surfaces osseuses, ou épiphyses tibio-fémorales. L'altération osseuse, qu'il n'est pas nécessaire de décrire ici avec détails, n'était pas limitée et circonscrite; la cavité médullaire du tibia offrait une altération qui, en général, s'étendait assez loin. Deux fois nous avons vu la partie supérieure du fémur, c'est-à-dire celle qui était au centre du moignon, présenter une altération analogue, et, dans les deux cas, nous avons observé des nécroses consécutives.

Aucun accident grave, et qui mérite d'être signalé, n'a entravé la marche de la cicatrisation du moignon. La durée du travail de cicatrisation a été bien variable. Et d'abord je dois dire que, sur ces six amputés, il faut en éliminer deux, dont la cicatrice n'est pas encore complète actuellement, précisément à cause de cette nécrose consécutive, qui entretiendra encore long-temps peut-être la plaie fistuleuse, jusqu'à l'issue d'une vérole osseuse. Des quatre autres amputés, l'un, et c'est le mien, a été guéri complètement en vingt-un jours; les autres en vingt-sept, vingt-neuf et trente-trois jours. Tous nos amputés de cuisses qui, avant l'opération, se trouvaient dans des conditions défavorables en apparence, c'est-à-dire avant une diarrhée rebelle et une constitution profondément détériorée,

ont repris bientôt de l'embonpoint, de la fraîcheur, et ils jouissent aujourd'hui encore de tous les bienfaits de l'opération.

Nous avons pratiqué, ai-je dit, quatre amputations de jambe à la partie inférieure ; l'âge des sujets a varié entre neuf ans et demi, dix, onze et quatorze ans. On mit en usage, dans ces quatre cas, le procédé à lambeaux antéro-postérieurs (1) ; aussi n'avons-nous pas observé de gangrène des lambeaux, accident encore assez commun dans les autres procédés d'amputation sus-malléolaire. Dans un cas, il y eut un érysipèle et un abcès suivant une gaîne musculaire, et cela malgré les compresses graduées que nous avions eu soin d'appliquer sur les parties latérales du moignon.

La durée du travail de cicatrisation a varié entre vingt-un, vingt-sept, vingt-neuf jours. Dans un cas, la cicatrice était bien à peu près complète vers le trentième jour ; mais il a persisté toujours un petit trajet fistuleux, conduisant sur l'extrémité inférieure du tibia, que l'on ne sent pas cependant à nu, à l'aide du stylet. Notons toutefois un peu de gonflement des extrémités osseuses, annonçant que nous aurons encore là un travail d'exfoliation. Dans ces quatre cas, les malades ont pu parfaitement marcher avec la jambe artificielle : un d'entre eux fait même tous les jours une course assez longue.

Le dernier malade, c'est-à-dire celui qui a subi l'amputation de Chopart, a été guéri au bout de trente jours, et n'a pas eu le plus léger accident.

Cette série de succès peut s'expliquer de deux manières. Je n'insisterai pas sur l'exécution parfaitement régulière du manuel opératoire; on sait aujourd'hui, à n'en pas douter, que les opérations les plus mal pratiquées parfois, n'en sont pas moins souvent suivies de guérison. Ce qu'il est important de noter pour nous, c'est le traitement consécutif. L'époque des pansements doit peut-être jouer un certain rôle : nos malades ont été pansés dès le lendemain ; cependant je n'ai pas d'opinion bien arrêtée sur les avantages et les inconvénients d'une pareille manière

---

(1) Modification de la méthode à lambeaux que j'ai décrite avec détails, *Journal des conn. méd.-chir.*, n° 6, 1841.

de faire. Ce qui est certainement plus important, c'est le soin qu'on a pris de nourrir graduellement les malades, de manière à soutenir leurs forces nécessaires pour les frais de la suppuration ; et, chose remarquable, les pauvres enfants qui avaient une diarrhée colliquative avant l'opération, pouvaient, quelques jours après, manger et digérer convenablement, même des viandes blanches. Dans deux cas seulement cette diarrhée a persisté, une fois près de quinze jours après l'opération, et une fois près de six semaines. Les aliments n'en ont pas été moins accordés en quantité convenable.

La raison de ces succès doit être cherchée surtout dans l'âge des malades, et, d'une autre part, dans les conditions de débilité, qui sont véritablement favorables à la guérison. Je crois, en effet, que si ces onze amputations avaient été pratiquées immédiatement, pour des lésions traumatiques, les résultats n'eussent pas été aussi beaux.

REVUE RÉTROSPECTIVE.

La clinique des maladies des enfants de la Faculté de Strasbourg pendant les trois années scolaires 1837-1840, par le docteur V. Stœber, professeur agrégé près la Faculté de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie royale de médecine de Paris.

Les premières pages de ce compte-rendu sont consacrées à la statistique des maladies observées à la clinique des maladies des enfants, qui fut ouverte à la Faculté de Strasbourg, en novembre 1837. L'auteur reproduit ses leçons telles qu'il les a adressées à ses élèves. Aussi commence-t-il par déclarer qu'il insistera moins sur les cas rares et exceptionnels que sur ceux qui se présentent le plus souvent dans la pratique.

Affection typhoïde.

Comme l'a déjà fait observer M. le docteur H. Roger, la maladie s'est montrée, à Strasbourg, d'autant plus rare que les enfants étaient plus jeunes.

Il est digne de remarque, dit l'auteur, qu'à un âge où le système nerveux est si impressionnable que quelquefois de simples indispositions s'accompagnant de mouvements convulsifs, les symptômes nerveux de l'affection typhoïde soient moins intenses que chez l'adulte. De même, la fréquence des taches typhoïdes et des épistaxis serait en raison inverse de la disposition chez les enfants aux épistaxis et aux maladies éruptives.

Lorsqu'il y a prostration considérable des forces et somnolence, les enfants restent immobiles dans leur lit, sans rien dire ni demander. La prostration a existé chez tous les malades, accompagnée de somnolence et de stupeur. Dans plus de la moitié des cas, il y a eu du délire, moins fort que chez l'adulte. On l'a moins observé chez les sujets très jeunes.

Sur vingt-six affectés de fièvre typhoïde, dix ont présenté de la surdité, vingt-deux ont eu de la diarrhée ; chez quelques-uns elle a été remplacée, après quelques jours, par de la constipation. Lorsque, chez les adultes, il y a de la constipation, c'est plutôt au début. En serait-il autrement chez l'enfant? Nos observations, répond l'auteur, sont trop peu nombreuses pour résoudre la question. Chez six seulement, météorisme ; chez trois seulement, taches rosées lenticulaires. Chez dix, pétéchies, proportion plus forte que chez les adultes. Chez un seul, vésicules miliaires cristallines sur la poitrine et au cou ; chez trois seulement, épistaxis. Un seul malade a succombé, à la suite d'une suppuration abondante. La proportion des affections typhoïdes graves me paraît, dit l'auteur, moins forte chez les enfants que chez les adultes.

Traitement. — Dans la majorité des cas, le traitement a consisté en lotions vinaigrées tièdes et tisane commune ou de l'eau pour boisson. Quelquefois, dans une période plus avancée de la maladie, on a administré une décoction de quinquina ou une solution de sulfate de quinine. Chez un malade qui était tombé dans une prostration extrême, le traitement tonique et stimulant a été employé avec succès à une période moins avancée.

La bronchite typhoïde passa, chez quelques malades, à l'état d'engouement pulmonaire, et on appliqua un vésicatoire. Dans deux cas où les symptômes inflammatoires prédominè-

rent du côté des voies digestives, on employa le traitement antiphlogistique.

Chez l'enfant, plus encore que chez l'adulte, dit le docteur Stœber, la méthode expectante est celle qui est le plus souvent indiquée.

Suit une observation d'affection typhoïde grave : traitement rafraîchissant, puis tonique et stimulant; guérison. Il s'agit d'un garçon de huit ans. Du 3 mars jusqu'au 6, frisson à midi, suivi de chaleur : depuis le 6 jusqu'au jour d'entrée à la clinique, le 12, chaleur continue, sans frisson. Dès le début, abattement; dès le troisième jour, délire; diarrhée jusqu'au 10. A son entrée, le malade présente tous les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde grave. Cependant, absence de taches rosées lenticulaires, de météorisme, de gargouillements. Le faciès reste impassible, lorsque l'on comprime l'abdomen. Râle sibilant des deux côtés du thorax (vésicatoire sur la poitrine, fomentations froides sur la tête, lotions tièdes de tout le corps avec de l'eau vinaigrée). Jusqu'au 16, même état; langue plus sèche (un lavement chaque jour, pour provoquer les selles). La diarrhée a persisté jusqu'au 10. Du 19 au 23, délire prolongé jusque pendant la journée, ecchymoses considérables, retour de la diarrhée, prostration extrême, fluctuation abdominale, œdème du scrotum, respiration courte, à l'expiration surtout, râle muqueux à très grosses bulles (décoction de polygala sénéga et décoction de quinquina, par cuillerée, alternativement d'heure en heure : vers le 25, on ajouta à la décoction de quinquina 2 grammes d'esprit de sel ammoniac anisé; quelques cuillerées de vin rouge). Ces moyens ont été continués jusqu'au 9 avril. A partir du 27 mars, l'état du malade s'est progressivement amélioré jusqu'à guérison. Ce malade a manifesté pendant tout le cours de sa maladie le désir d'aliments. L'amélioration n'a commencé qu'au bout de trois semaines, sans aucun mouvement critique apparent. Il est probable que le traitement a contribué à ce résultat. La décoction de polygala et celle de quinquina n'ont pas empêché la maladie de faire des progrès; mais, deux jours après qu'on eut commencé l'emploi des stimulants diffusibles, l'amélioration s'est prononcée. Jointe à d'autres, cette observation prouve qu'il y a des cas et des périodes où

la fièvre typhoïde peut être utilement combattue, chez les enfants comme chez les adultes, par les stimulants.

Scarlatine.

Depuis l'automne 1838 jusqu'au printemps 1840, la scarlatine n'a pas cessé de régner à Strasbourg. Le mal eut plus d'intensité que d'étendue. Les maladies consécutives surtout, l'hydropisie et les parotides ont causé à la clinique une grande mortalité. Sur cinq scarlatineux, un seul mort; sur huit affectés d'hydropisie et de parotide, un seul guéri. Les malades n'étaient conduits à l'hôpital que lorsque la maladie s'était de plus en plus aggravée.

Chez un des scarlatineux, qui n'eut ni angine ni autre affection des muqueuses, une parotide se développa pendant la convalescence. Chez deux autres, la peau, rougie par la scarlatine, s'est couverte en outre de petites vésicules transparentes, de la grosseur de grains de millet (scarlatine miliaire); chez un autre, il y eut de petites taches roséoleuses sur certaines parties, tandis que sur d'autres on remarquait la rougeur scarlatineuse.

Chez un enfant qui présentait tous les signes de la scarlatine, excepté l'éruption scarlatineuse, les taches roséoleuses existaient seules. C'est là, pour l'auteur, une variété de ce qu'il a appelé *scarlatine rubéoleuse:* taches rosées, de 2 à 10 millimètres, irrégulières, séparées par des intervalles de couleur naturelle, surtout au tronc et aux membres, moins abondamment à la face, plus pâles et plus larges que celles de la rougeole, non proéminentes au-dessus du niveau de la peau. On les a vues recouvertes de vésicules non cristallines et plus petites que les sudamines. Après trois à cinq jours de durée, desquammation, en partie furfuracée, en partie lamelleuse. Avant l'éruption, fièvre ordinairement légère, quelquefois vive, qui subsiste durant les premiers jours de l'éruption; angine ordinairement peu intense, dont les enfants ne se plaignent pas; légère tuméfaction des amygdales. Marche bénigne de la maladie; mais pendant la convalescence, ou même durant la maladie, il se développe fréquemment une anasarque et surtout des parotides qui peuvent devenir très graves.

Je ferai remarquer que la maladie étant d'elle-même peu

grave, et les enfants, comme le dit l'auteur de ce travail, étant difficilement retenus dans leur lit, ceux-ci ne sont point l'objet des précautions qui les protégeraient contre les accidents consécutifs des affections éruptives. La nécessité des précautions à prendre contre les maladies consécutives de cette affection nous obligeaient à rappeler succinctement la description de cette maladie.

Les Français la confondent avec la roséole. Les Allemands la décrivent sous le nom de *rubeolæ*, rubéole, la distinguant ainsi de la rougeole, *morbilli*. Wichmann la considère comme une variété de la rougeole ; Hufeland et autres comme une variété de la scarlatine ; Hildenbrand comme le produit de la scarlatine et de la rougeole réunies ; Kreysig et Wagner comme un exanthème spécial.

Ce qui prouverait que cet exanthème n'est qu'une variété de la *scarlatine rubéoleuse,* c'est qu'elle s'accompagne d'angine, est suivie de parotides et d'hydropisie aiguë, et que, transmise d'un individu à un autre, elle peut produire la scarlatine aux larges plaques, la vraie scarlatine.

Une fille de trois ans entra à l'hôpital le 10 juillet 1839, affectée de scarlatine rubéoleuse ; une fille âgée de deux ans et demi, qui se trouvait dans la salle depuis trois semaines, et auprès de laquelle fut couchée la première, est affectée, trois jours après l'arrivée de celle-ci, d'une éruption qui, au tronc, avait les caractères de la scarlatine rubéoleuse, et aux extrémités ceux de la vraie scarlatine. L'auteur cite un autre fait en preuve de l'identité des deux maladies ; c'est l'observation d'un garçon de six ans qui, au contact de sa sœur, âgée de cinq ans, affectée d'une scarlatine rubéoleuse, est pris d'une éruption scarlatineuse normale.

M. Stœber ajoute qu'il n'a jamais observé cette éruption sur un enfant ayant déjà eu la scarlatine, tandis que plusieurs avaient eu la rougeole.

Il est essentiel d'être plus réservé dans le pronostic de la scarlatine rubéoleuse que s'il s'agissait de la roséole, la première exposant les malades à des affections quelquefois très graves. De là la nécessité des plus grandes précautions possibles contre le froid dans le premier cas, inutiles dans le second.

Même traitement que dans la scarlatine normale : expec-

tant, si la maladie suit sa marche ordinaire; actif, selon la prédominance de tel ou tel symptôme, ou le développement d'une complication. Deux fois la violence de l'angine et de la fièvre a été combattue par les sangsues, les potions nitrées, les lotions avec l'oxycrat.

Durant l'hiver 1839 à 1840, M. Stœber a observé dans la ville de Strasbourg un de ces cas de scarlatine pernicieuse, qui se complique dès les premiers jours de délire violent et se termine souvent par une mort prompte. Dans ce cas, j'ai employé, dit-il, avec succès une médication peu connue en France. L'auteur rapporte, jour par jour, cette importante observation. Bien qu'elle ait pour sujet une fille de vingt-trois ans, nous devons ici en rappeler les principaux traits.

Scarlatine typhoïde. — Carbonate d'ammoniaque : guérison. Durée de la maladie, du 30 décembre (invasion) au 10 janvier (convalescence).

A l'entrée de la malade, le 1er janvier, frissons et chaleur qui durent depuis deux jours. Céphalalgie, prostration, angine, nausées, diarrhée, douleurs de ventre, éruption scarlatineuse d'une teinte framboisée, peau brûlante, intelligence nette.

Le soir de l'entrée de la malade, les amygdales se couvrent de mucus blanchâtre, et bientôt gonflement des glandes du cou. Vers le 4, la gorge est devenue plus libre, et l'enduit blanc a été remplacé par une rougeur foncée, qui a disparu progressivement.

La diarrhée a persisté jusqu'au 7. Le 6, selles involontaires, accompagnées de gargouillements abdominaux, sans météorisme. Vers le 7, les selles sont devenues naturelles et volontaires; les douleurs de ventre sont mentionnées jusqu'au 4.

L'éruption a envahi successivement le cou, la poitrine, les mains, les avant-bras, les jambes et les genoux. La desquammation a commencé le 3 à la face; elle s'est étendue le lendemain au cou et à la poitrine. Après avoir pâli, vers le 5, au moment des selles involontaires, l'éruption a repris une couleur plus intense le 7, coïncidemment avec le retour des garde-robes naturelles. Le 6, plusieurs bulles de sérosité verdâtre sur les membres thoraciques; le 7, elles sont affaissées.

Le pouls, à 156 le premier jour, était descendu le 4 à 108, et depuis le 5 jusqu'au 10, il a été à 100, 120, 96, 100, 95, 68.

L'intelligence s'est conservée nette, malgré l'agitation et l'anxiété jusqu'au 4, où l'on a observé par moments un peu de délire, qui, dans la nuit du 5, devint très violent, et surtout le lendemain, où il fallut employer la camisole de force. Carphologie depuis le 5, où le faciès prend le caractère typhoïde, jusqu'au 7. A partir de ce jour, l'agitation a diminué, il y a eu une heure de sommeil; et, le lendemain, le malade, sans répondre aux questions, paraissait les comprendre. Le 8, intelligence nette, tendance au sommeil; le 10, aucun trouble dans les idées, moins d'assoupissement, appétit.

Le traitement suivi a été, le premier jour : solution gommeuse, lavement émollient. Le second jour : quinze sangsues au cou, cataplasmes émollients, après leur chute; lotions de tout le corps avec oxycrat froid, de deux en deux heures; lavement émollient. Le troisième jour : cataplasme sur le ventre et au cou, potion gommeuse. Le cinquième jour : vésicatoire à la nuque, synapismes aux jambes; à l'intérieur : carbonate d'ammoniaque, 4 grammes dans 120 grammes d'eau, avec 30 grammes de sirop, à prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures. Même traitement jusqu'au 9, où l'on réduit à 2 grammes la dose du carbonate d'ammoniaque. Le 10, on cesse toute médication.

Peart, en 1802, et depuis le docteur Strahl, de Philadelphie, d'Ammon, à Dresde, ont obtenu des succès de l'emploi du carbonate d'ammoniaque dans les cas d'épidémies meurtrières de scarlatine, surtout dans les cas de *narcotisme dyscrasique,* lorsque l'éruption était difficile et qu'il se manifestait des symptômes de décomposition du sang.

Chez la malade dont il vient d'être question, j'ai été déterminé, dit M. le docteur Stœber, à administrer le carbonate d'ammoniaque, par la prostration des forces, jointe à la petitesse du pouls, au développement subit du délire, sans céphalalgie antécédente, à la carphologie, au faciès typhoïde, à l'action du virus scarlatineux sur le système nerveux ou à l'existence d'un empoisonnement miasmatique, plus probables que l'existence d'une inflammation cérébrale. La maladie avait été jugée inévitablement mortelle, et cependant avec

quelle rapidité la guérison est obtenue ! C'est le 5 à midi que l'on commence l'usage du carbonate d'ammoniaque. Le 6, il est vrai, les symptômes sont plus que jamais menaçants ; mais dans la nuit du 6 au 7, amélioration, et du 7 au 10 la convalescence s'établit. Le médicament a été administré seul et l'amélioration ne s'est point fait attendre.

De ce fait on peut conclure à l'utilité du carbonate d'ammoniaque dans la scarlatine. L'essentiel sera de distinguer les cas dans lesquels les symptômes graves dépendent d'une inflammation viscérale concomitante, de ceux où le danger provient de l'intensité de l'affection scarlatineuse elle-même. C'est dans ces derniers que le carbonate d'ammoniaque paraît agir favorablement.

Passant aux maladies consécutives à la scarlatine, l'anasarque et les parotides, l'auteur dit que le refroidissement n'est pas toujours la cause, mais qu'il est la cause ordinaire de ces affections. La desquammation qui fait suite à la scarlatine doit nécessairement rendre la peau très impressionnable. Le moindre refroidissement peut alors déterminer ces accidens.

L'hydropisie scarlatineuse est toujours active au commencement; chaleur à la peau, fréquence du pouls, souvent complication de maladie inflammatoire.

Sur huit malades, six ont succombé; à l'exception d'un seul, tous ont présenté des inflammations d'un ou de plusieurs organes. Chez trois, il y a eu pneumonie survenue chez l'un pendant la convalescence, accompagnée chez le second d'hypertrophie du cœur et de congestion du foie, et chez le troisième d'infiltration séreuse des méninges ; chez le quatrième, il y avait inflammation de l'estomac sans ramollissement; chez le cinquième une phthisie aiguë s'est déclarée en même temps que l'hydropisie diminuait. Cet enfant n'avait jamais toussé, mais la scarlatine s'accompagna dès le début d'une toux violente qui diminua pendant la desquammation et le développement de l'hydropisie. Pendant les dix premiers jours qu'il passa à la clinique, son état s'améliora progressivement : mais, tout à coup, une fièvre vive s'alluma, accompagnée de douleurs abdominales, d'une diarrhée abondante, de prostration des forces, d'amaigrissement rapide, et l'enfant

mourut au bout de quinze jours. L'exploration la plus attentive de la poitrine ne faisant découvrir aucun bruit anormal et seulement un point de matité produite à la partie déclive du thorax par un léger épanchement séreux, les symptômes furent rapportés à une inflammation intestinale et le malade fut traité par les applications de sangsues, les cataplasmes, les lavemens émolliens. Pendant tout le cours de la maladie, il y eut de l'albumine dans les urines.

A l'autopsie, on trouva des tubercules miliaires disséminés dans les poumons, le foie, la rate; quelques uns entre les tuniques de l'intestin et dans les reins, dont le parenchyme ne présentait aucune des altérations décrites comme propres à l'albuminurie. Plaques de Peyer réticulées et tuméfaction des follicules isolés. Injection peu intense en différens points du canal intestinal.

L'auteur cite un petit nombre de recherches sur l'état des urines chez les malades affectés d'anasarque, parce que, dit-il, la valeur séméiologique de l'albuminurie est encore loin d'être rigoureusement déterminée. Nous aurons occasion de revenir sur ces recherches.

L'épanchement se fait quelquefois dans les cavités avec une rapidité extrême. L'auteur cite le cas d'un enfant affecté d'une anasarque légère avec un peu de fréquence du pouls; cet enfant se lève, traverse un corridor dallé, en rentrant il se met au lit et se plaint d'oppression. Quelques instans après, symptômes de suffocation (orthopnée, face bleue, bouffie), mort au bout d'une demi-heure.

A l'autopsie, épanchement très considérable de sérosité limpide dans les cavités des plèvres et du péricarde. Nombreuses arborisations dans l'estomac et les intestins sans ramollissement de la muqueuse; tuméfaction des plaques de Peyer; affection intestinale qui n'a pu donner lieu aux symptômes qui se sont si subitement déclarés et qui provenaient évidemment de l'épanchement dans le péricarde et les plèvres consécutif à l'impression brusque du froid sur les pieds.

Le traitement qui convient le mieux contre l'hydropisie consécutive à la scarlatine contribue à démontrer qu'elle est *active*. Les antiphlogistiques au début et lorsque la période d'acuité est passée et que la fièvre s'est dissipée, diurétiques irritants et autres stimulants.

Dans quatre cas sur huit de scarlatine et des maladies consécutives, M. Stœber a trouvé à l'autopsie les plaques de Peyer tuméfiées avec des ulcérations superficielles dans un cas et le pointillé noir dans un autre. Il n'a point rencontré les *plaques* dures de la dothinentérite.

(*La suite au prochain numéro.*) Docteur VANIER.

DE LA PHTHISIE GANGLIONNAIRE BRONCHIQUE CHEZ LES ENFANTS.

Analyse d'un Mémoire de M. le docteur BECQUEREL.

La dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques qui entourent la bifurcation de la trachée-artère et des bronches se montre plus souvent que la tuberculisation pulmonaire. Les ganglions tuberculeux peuvent être situés au-dessous ou autour de la bifurcation trachéale, autour des grosses bronches, à la racine des poumons, entre ces conduits.

Anatomie. — A l'état de crudité, il y a hypertrophie des ganglions. Soit à l'état de matière grise semi-transparente, soit, plus tard, à l'état de tubercule cru, les ganglions se présentent isolés ou soudés plusieurs ensemble; quelquefois ils acquièrent le volume d'un œuf de pigeon ou de poule. Soudés ensemble, ils peuvent former une masse qui entoure les grosses bronches et les gros vaisseaux situés à la base du cou.

Destruction. — Sous l'influence du développement des ganglions, destruction des parois bronchiques, ou bien compression sans destruction des parois et diminution du calibre de la bronche.

Compression.—L'artère et les veines pulmonaires, l'aorte et les veines caves, après leur sortie du péricarde et un peu au-dessous de la base du cœur, sont quelquefois comprimées; l'artère et les veines pulmonaires plus fréquemment; l'aorte quelquefois. De là, hypertrophie du ventricule gauche du cœur. (M. Becquerel; M. Durand, interne à l'Hôpital des enfants.)

La veine cave supérieure et l'inférieure sont quelquefois comprimées simultanément, quelquefois isolément. M. Bec-

querel appelle l'attention sur cette compression, parce que, dans quelques circonstances, elle rend un compte satisfaisant de certaines hypertrophies qui se développent chez des phthisiques.

Les ganglions tuberculeux et hypertrophiés peuvent faire saillie en avant, venir adhérer et se souder au sternum et spécialement à sa partie supérieure.

Pus.—Dans un paragraphe consacré au ramollissement des ganglions bronchiques tuberculeux, le docteur Becquerel a cité le cas d'un enfant de cinq ans, chez lequel il rencontra cinq ou six ganglions bronchiques remplis d'un pus louable, sans grumeaux. Leur incision, dit-il, montra un kyste tapissé par une membrane rugueuse injectée en arborisation, sans aucun débris de tubercules ; et comme il n'existait aucun tubercule ni ganglion dans les poumons ni autres organes, on aurait pu admettre là une inflammation suppurative non tuberculeuse des ganglions, si, par un examen attentif, M. Becquerel n'avait trouvé trois petits ganglions bronchiques, présentant l'induration grise, et deux autres transformés en tubercules crus.

Les tubercules ganglionnaires éprouvent quelquefois une modification d'apparence suifeuse, stéatomateuse. Cette modification est-elle l'indice d'un commencement de ramollissement, ou bien d'une transformation qui aurait pour but la guérison, ou serait-elle le passage à l'état crétacé? Ce dernier état est très rare chez les enfants.

Cavernes. — Une fois ramollie, la matière tuberculeuse doit, tôt ou tard, être évacuée. M. Becquerel rappelle les études de MM. Rillet et Barthez, sur le mode d'évacuation de ces cavités : elle se fait par les bronches, dont les parois se trouvent ulcérées de dehors au dedans et donnent issue à la matière ramollie. Le kyste ganglionnaire communiquant avec conduit constitue une *fausse caverne.* Lorsque ces fausses cavernes remplacent des ganglions inter-bronchiques un peu profonds, il est facile de les prendre pour des cavernes véritables.

Ces kystes, lorsqu'ils sont multiloculaires, peuvent cheminer à une certaine profondeur, venir perforer la plèvre pulmonaire et déterminer la formation d'un hydro-pneumo thorax.

(MM. Leblond, *thèse*, 1824; Berton, Rillet et Barthez.) M. Berton les a vus deux fois ulcérer l'artère pulmonaire. On les a vus déterminer la perforation des autres vaisseaux sanguins et celle de l'œsophage.

Les kystes, constitués par la membrane des ganglions qui se cicatrisent par l'adhérence des parois, sont un mode de terminaison de la phthisie ganglionnaire, incontestable pour M. Guersant, bien qu'il n'ait jamais trouvé de cicatrices proprement dites.

La tuberculisation des ganglions bronchiques peut exister seule. Elle peut coïncider avec une dégénérescence analogue à des ganglions mésentériques, avec des ulcérations tuberculeuses des intestins, avec des tubercules développés dans un point quelconque de l'économie. Quelquefois il y a coïncidence de la dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques du cou.

Causes. — Les causes de cette maladie sont peu connues. Dans l'enfance, l'affection tuberculeuse peut revêtir, dit M. Becquerel, quatre formes distinctes :

1° Les divers ganglions lymphatiques du cou, de la poitrine et de l'abdomen éprouvent la dégénérescence tuberculeuse, isolément ou simultanément ;

2° Les tubercules se développent dans les divers parenchymes: poumons, cerveau, foie, rate, reins ;

3° Ils sont développés simultanément dans la plupart des organes, sous forme de granulations dites miliaires;

4° Ils se développent spécialement dans le tissu sous-séreux des diverses cavités. Presque toujours alors ils déterminent une inflammation chronique des membranes séreuses avec lesquelles ils sont en contact.

Les ulcérations des intestins peuvent se montrer dans toutes les formes, soit isolées, soit combinées.

Les causes de la tuberculisation chez les enfants sont les suivantes : hérédité; procréation par des parents âgés ou malades, quelle que soit leur affection; constitution délicate, lymphatique des parents; mauvaise lactation ; alimentation malsaine, insuffisamment réparatrice ; habitation froide, humide, peu aérée ; misère ; mauvais traitements de la part des parents; exposition au froid par l'insuffisance des vêtements;

masturbation ; convalescence de la rougeole, de la scarlatine, de la fièvre typhoïde; maladie quelconque de longue durée, en débilitant l'organisme; séjour prolongé à l'hôpital.

Diagnostic.—M. Becquerel fait remarquer avec raison qu'au moment où il publie ce travail, on admet généralement que les symptômes de la tuberculisation sont si obscurs qu'il est extrêmement difficile de les diagnostiquer. Les résultats nouveaux qu'il expose appartiennent à un degré déjà assez avancé de la maladie.

Quelquefois *douleur sternale.* Au niveau du sternum, sentiment de douleur sourde, que les malades appellent *mal à l'estomac.* On l'observe quelquefois chez les enfants, dans les bronchites aiguës ou chroniques et dans les diverses formes de tuberculisation.

Toux.—Dans toutes les affections des poumons.

Dyspnée.—Lorsque des ganglions tuberculeux et fortement hypertrophiés compriment la trachée-artère à sa bifurcation ou les grosses bronches, elle est très forte. Une dyspnée notable est caractéristique de cette affection, lorsqu'elle ne peut être expliquée par les phénomènes d'auscultation qui, s'ils ne sont pas nuls, révèlent d'autres affectations qui, par leur étendue, seraient loin de pouvoir expliquer la gêne de la respiration qu'on observe. M. Jadelot a plus d'une fois annoncé l'existence de tubercules bronchiques volumineux, par la considération d'une dypsnée qui ne pouvait pas s'expliquer autrement.

Expectoration.—Lorsqu'il y a énucléation du ganglion dégénéré, et que celui-ci est sorti par l'ouverture bronchique, elle peut servir au diagnostic.

Percussion. — Elle ne pourrait être utile qu'autant que les ganglions dégénérés auraient pénétré à une certaine profondeur des poumons ou à la superficie.

Auscultation.—La compression diminuant le calibre d'une bronche, ce qui est très rare, il peut en résulter une diminution d'intensité du bruit respiratoire dans la partie du tissu pulmonaire à laquelle se distribue la bronche.

On admettra comme rationnelle, avec M. Becquerel, la possibilité des symptômes suivants, bien qu'ils n'aient pas été observés : si des ganglions tuberculeux assez nombreux se

rapprochent de la superficie de l'organe, il y aura *bruit d'expiration prolongé*; si ces ganglions sont convertis en kystes communiquant avec les bronches, *gargouillement;* s'ils perforent les plèvres, *hydro-pneumo-thorax.*

Quelquefois *palpitations*, lorsque les gros vaisseaux sont comprimés par de volumineux ganglions. C'est ce qui arrive lorsque ceux-ci compriment l'aorte. Dans une observation communiquée à M. Becquerel par M. Durand, elles existaient; il y avait légère hypertrophie du ventricule gauche, qui résultait probablement de la compression de l'aorte.

Assez souvent *hydropisies*, et spécialement *œdême* plus ou moins considérable des membres inférieurs et du tronc, lorsqu'il y a compression de la veine cave et surtout de la veine cave inférieure. Chez les enfants phthisiques, les hydropisies sont assez fréquentes. Lorsque l'anasarque survient à une période avancée de la maladie, on peut être presque assuré, dit M. Becquerel, que l'infiltration de sérosité est due à la cachexie; l'appauvrissement du sang en est la cause. A une époque moins avancée, on peut légitimement supposer qu'elle est la conséquence de la compression des veines caves, de l'inférieure surtout, ce qui fait que l'infiltration de sérosité occupe le plus souvent le tronc et les membres inférieurs.

L'examen des urines pourra déceler la maladie de Bright, qui complique quelquefois la tuberculisation chez les enfants.

La tuberculisation des ganglions bronchiques, lorsqu'elle arrive à l'état de suppuration, peut donner lieu aux symptômes généraux suivants : perte des forces, amaigrissement, fièvre hectique, surtout le soir ou la nuit; quelquefois diarrhée, le plus souvent liée à des ulcérations intestinales, conséquence de l'étiolement du sujet. Ajoutons les symptômes fréquents de complication de tubercules, soit des ganglions lymphatiques du cou, soit du poumon, soit du mésentère et du péritoine, etc.

Tous les symptômes que nous venons de décrire peuvent manquer complètement; c'est ce qui arrive à la première période de la maladie. Ils peuvent être légers, peu prononcés; et sans un examen attentif et minutieux ils peuvent échapper à l'observateur. Ils peuvent être masqués par les symptômes que déterminent d'autres affections tuberculeuses, celle du

poumon, par exemple ; un enfant présente au sommet des deux poumons des tubercules ramollis et des cavernes ; il tousse, maigrit, il a de la dyspnée, etc., et l'auscultation révèle en même temps l'altération du poumon ; on attribuera naturellement à cette lésion toute la part des phénomènes qu'on observe. Si la tuberculisation a lieu du côté des ganglions cervicaux, on sera privé de quelques symptômes qui sont communs : l'amaigrissement, la fièvre hectique, et, de plus, les hydropisies, si la tuberculisation existe du côté de l'abdomen ; on n'est plus alors en droit d'attribuer ces symptômes à la tuberculisation bronchique.

Mode de *terminaison* de la maladie : 1° guérison rare par la résolution des tubercules, supposée plutôt que démontrée ; 2° énucléation et rejet des tubercules par la toux : M. Guersant père a observé ce mode de terminaison ; 3° conversion des tubercules en matière crétacée ; 4° ramollissement du ganglion, son ouverture dans les bronches, l'expulsion de la matière tuberculeuse et cicatrisation du kyste. Cette terminaison possible n'est pas démontrée anatomiquement.

Mort fréquente : 1° par les progrès de la dégénérescence ; 2° par le développement d'une complication phlegmasique accidentelle et aiguë, bronchites, pneumonies par suite de l'influence débilitante qu'exerce cette dégénérescence, surtout lorsqu'elle détermine des cavernes qui suppurent ; 3° par le développement d'autres lésions de nature tuberculeuse ; tubercules des poumons, des plèvres, péritonite tuberculeuse, ulcération tuberculeuse des intestins, méningite tuberculeuse.

Pronostic à peu près constamment très grave. Essentiellement chronique, cette maladie présente des rémissions et des exacerbations.

Traitement : celui des tubercules en général, recourir aux moyens hygiéniques convenables, aux toniques et aux fortifiants.

Lorsque les symptômes locaux prennent une certaine intensité, songez à des moyens particuliers : contre la dyspnée, émissions sanguines locales, emplâtres ou vésicatoires ; contre les hydropisies, frictions sèches, diurétiques ; éviter les purgatifs qui détermineraient une diarrhée difficile à tarir.

Combattre les complications accidentelles : la diarrhée, par les astringents unis aux opiacés ; les phlegmasies, par les vésicatoires plutôt que par les émissions sanguines qui débiliteraient l'organisme.

La longueur de cet article ne nous ayant pas permis de faire connaître aux lecteurs ce que M. le docteur Berton a récemment publié sur ce sujet dans la nouvelle édition de son *Traité pratique des maladies de l'enfance*, nous commencerons, dans le prochain cahier, l'analyse déjà promise de cet ouvrage par l'examen de cette question, dont nous compléterons ainsi l'étude. Docteur Vanier.

CORRESPONDANCE.

Monsieur,

Je viens de lire, dans l'intéressant journal que vous rédigez, une note critique relative à mon opinion, *dites-vous*, sur la dégénérescence tuberculeuse chez les enfants.

Permettez-moi quelques réflexions sur cet article, qui m'a d'autant plus étonné que jamais je n'ai émis d'opinion sur ce sujet. Je ne puis donc que supposer que vos observations sont dirigées contre une notice que j'ai publiée sous le titre suivant : *Ne peut-on pas déterminer, au moins jusqu'à un certain point, les causes de la prédilection tuberculeuse pour le poumon, depuis l'âge de quinze à quarante ans?* ce qui ne veut pas dire que j'aie cherché à déterminer le *mode* de formation des tubercules chez les enfants.

Loin de moi de prétendre que ce mémoire soit à l'abri de reproches, par conséquent à l'abri de critiques ; mais encore celle-ci devait-elle porter sur la question unique sur laquelle j'appelle l'attention.

Je suis loin de fuir la discussion : au contraire, je la recherche ; mais ces objections que vous me faites n'ayant pas rapport à mon travail, et ne paraissant suscitées que par le désir d'une critique malintentionnée, je m'abstiendrai d'y répondre ; seulement je vous ferai observer :

1° Que, bien que vous approuviez ma manière de voir sur la formation des tubercules du cerveau chez les enfants, je n'ai parlé nulle part des tubercules de cet organe ;

2° Que nulle part je n'ai dit que je voulais qu'on envoyât le phthisique au bal ou au spectacle ;

3° Qu'en proposant de réveiller l'action nerveuse à l'aide de moxas, de cautères, etc., soit sur le crâne, soit le plus près possible de la huitième paire de nerfs, je n'ai pas donné ce moyen comme traitement, et que même, pour prévenir toute interprétation fausse à cet égard, j'ai dit, dans un paragraphe spécial, *que, dans les cas mêmes où ce moyen présenterait*

le plus de chances favorables, on aurait tort de se reposer sur lui pour tout traitement.

J'ose croire, monsieur, que ces objections vous paraîtront empreintes d'*un cachet suffisant de justesse et assez saisissantes de raison* pour que vous vouliez bien les faire insérer dans votre prochain numéro. Elles vous fourniront l'occasion d'expliquer cette phrase *si peu saisissante de raison,* pour moi au moins : « Comment l'excitabilité intellectuelle du cerveau, « excitabilité qui devient physiologique du moment qu'elle se matérialise « par des effets morbides, matériels, comment ne produit-elle pas sur le « cerveau ce que l'excitabilité physiologique des organes de la digestion « produit sur ces organes eux-mêmes? »

Quand on critique, il ne faut pas dénaturer le travail ni les pensées d'un auteur ; il est aussi des convenances qu'on n'enfreint qu'à ses dépens.

Le Docteur Chéneau.

Je n'ai point discuté l'opinion de M. le docteur Chéneau sur le *mode* de formation des tubercules chez les enfants. Son travail n'a en vue que les *causes* de prédilection de la dégénérescence tuberculeuse pour le poumon ; la critique n'a aussi porté que sur ces causes, et je n'ai pas dit un mot du mode de formation des tubercules.

Les objections que j'ai faites avaient donc rapport au travail de l'auteur. Je répliquerai dans l'ordre adopté par l'auteur dans sa réponse.

1° Je n'ai point approuvé la manière de voir de M. le docteur Chéneau sur la formation des tubercules du cerveau chez les enfants ; mais j'ai approuvé qu'il ne regardât pas comme donnant la mesure de leur prédisposition relative à la tuberculisation l'activité des organes. Or, telle est bien sa manière de voir, puisque, selon lui, chez l'adulte, c'est le cerveau qui est le plus en activité, et que cependant c'est le poumon qui devient tuberculeux.

2° C'est à la page 16 de sa notice que l'auteur dit : « Il est certain que tous les phthisiques se trouvent bien des excitations cérébrales. La toux cesse par un contentement moral, par la présence au bal, au spectacle... » Si ce n'est pas là un précepte, c'est au moins une indication.

3° Quant aux moxas, aux cautères qu'il propose d'appliquer sur le crâne, pour réveiller l'action nerveuse, s'il est vrai qu'*il ne donne pas ce moyen comme traitement,* comme quoi le propose-t-il? Mais il le propose, du moins comme faisant partie du traitement, puisque, dans le cas même où ce moyen présenterait le plus de chances favorables, *on aurait tort de se reposer sur lui pour tout traitement.*

M. Chéneau me reproche ensuite une phrase obscure. Je lui en aurais proposé tout simplement la suppression ; mais, outre que cela ne donnerait pas plus d'uniformité à sa théorie, il m'invite à lui donner l'explication de cette phrase : je ne puis refuser.

J'ai voulu dire que dans le fait de l'excitabilité intellectuelle, même en admettant le principe immatériel de l'intelligence, nous devons, au point de vue de la question qui nous occupe, ne considérer que la fonction du cerveau, fonction analogue à celle des organes digestifs ; par conséquent, pour que la théorie de M. Chéneau soit logique, il faut que l'excitabilité

cérébrale produise sur le cerveau lui-même, et non pas sur le poumon, ce que l'irritabilité des organes digestifs produit sur ces organes et non pas sur un autre.

J'ai dit que le cerveau n'a pas de rapports *plus directs* qu'avec lui-même; j'ajoute qu'il a des rapports plus directs, par le pneumogastrique, avec l'estomac qu'avec le poumon. Ce serait donc sur l'estomac que le pneumogastrique devrait porter l'influence de l'excitabilité cérébrale, pour y produire des altérations. M. Chéneau a-t-il poursuivi bien loin au-delà des principales bronches les filets que le pneumogastrique envoie au poumon? A-t-il trouvé ces filets plus nombreux au sommet, où les tubercules sont plus fréquents et toujours plus nombreux? Et, de même que dans les cas de dégénérescence carcinomateuse de l'estomac, on a trouvé, a-t-on dit, plus gros qu'à l'état normal les filets du pneumogastrique qui parcourent les parties malades, M. Chéneau, dans la tuberculisation pulmonaire, a-t-il trouvé dans les filets pulmonaires du pneumogastrique un changement analogue dans leur diamètre? Mais laissons là ces idées de recherches anatomo-pathologiques qui, comme les théories, intéresseraient peu nos lecteurs.

Du moment que M. le docteur Chéneau nous faisait revenir sur ce sujet, il ne devait pas *s'abstenir de répondre* à une question beaucoup plus sérieuse que toutes les autres, celle des guérisons authentiques obtenues par les moyens qu'il propose. Nous passerions bien volontiers condamnation sur tout le reste, si la théorie de M. Chéneau, vraie ou non, le conduisait à la guérison de la phthisie pulmonaire. Nous ne demandons que quelques faits bien établis et incontestables.

Pour mon compte, je n'aurais pas démenti un fait cité par un homme aussi instruit et aussi honorable que M. le docteur Chéneau; mais sa théorie, je pouvais la critiquer sans qu'il eût le droit de s'en offenser.

Dans ma critique, j'ai été fidèle au précepte des convenances que M. le docteur Chéneau croit avoir le droit de me rappeler. Il ne m'en accuse pas moins, ici, d'une critique *malintentionnée*, là, d'avoir dénaturé son travail et ses pensées. Ces expressions, qui auront échappé à la *bonne intention* de M. Chéneau, constituent une accusation que rien ne justifie, et qui m'autorise à terminer en regrettant pour lui qu'il n'ait pas donné l'exemple des convenances à côté du précepte. Docteur Vanier.

ERRATUM.

Il s'est glissé, dans le cahier de décembre, en tête de la page 307, une phrase qui avait été rayée sur le manuscrit et ensuite sur l'épreuve. Nous prions le lecteur de la considérer comme non avenue, et de lier la phrase qui la suit à celle qui la précède.

Paris. — Imprimerie de Paul Dupont et comp., rue de Grenelle-St-Honoré, 55.

CLINIQUE MÉDICALE.

HOPITAL NECKER (service des enfants à la mamelle).

Leçons de clinique sur les maladies des enfants, par M. le professeur TROUSSEAU; recueillies par M. LHOMMEAU, interne.

DE LA COQUELUCHE (suite).

Il nous reste à vous parler des symptômes du décours de la coqueluche, des accidents qui peuvent survenir pendant les quintes, des complications, des maladies intercurrentes et de leur influence sur le cours de cette affection; enfin, de son traitement.

Symptômes du décours. Les enfants qui avaient un grand nombre de quintes toussent de moins en moins, les vomissements deviennent plus rares, plus faciles, et nous avons déjà dit que la matière qui les forme devient puriforme à cette période. Le gonflement du visage, pendant les quintes, est moins marqué, les épistaxis sont plus rares, et l'amélioration est d'abord sensible pendant le jour; bientôt aussi les nuits sont plus tranquilles, puis les enfants n'ont plus qu'une quinte dans les vingt-quatre heures, enfin on voit s'établir des interruptions de quelques jours et les accès ne se montrent plus qu'à l'occasion de quelque émotion, de la colère ou des cris. Cependant quelques uns gardent ainsi pendant des mois une sorte de souvenir des spasmes de la coqueluche, qui se manifeste spontanément ou plutôt dans les circonstances que nous venons d'énoncer. Ces cas peuvent servir à expliquer certains faits de contagion.

Les maladies qui peuvent survenir pendant le cours d'une coqueluche, et qui d'ailleurs ne sont en aucune manière liées à cette affection, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc., ont sur sa marche une action remarquable; ses caractères spéciaux disparaissent immédiatement pour se montrer de nouveau plus tard, quand les accidents de la fièvre intercurrente se seront calmés à leur tour. Il suffit même d'un acte inflammatoire minime pour produire ce résultat L'évo-

lution dentaire suspend la coqueluche qui reparaît quand la dent a percé la gencive. La grippe, un catarrhe aigu, produisent le même effet ; et notons qu'il ne serait guère normal qu'il en fût ainsi, si la coqueluche n'était elle-même qu'une inflammation des bronches ; la rougeole, caractérisée par tous les catarrhes, fait aussi pendant son cours disparaître la coqueluche, Nous avons observé dans notre service des faits nombreux qui ont constaté la certitude de ces observations. Ainsi une affection fébrile plus ou moins intense, étrangère ou non à l'organe pulmonaire, fait cesser ou plutôt suspend temporairement les symptômes de la coqueluche.

Il y a des maladies qui compliquent souvent la coqueluche et qui, sans pouvoir encore être rangées parmi les accidents inhérents à cette affection, lui sont liées cependant d'une manière plus intime que celles dont nous avons déjà parlé ; elles en sont en quelque sorte une exagération ou une conséquence fréquente. Nous voulons parler de la pneumonie et de la tuberculisation. Dans la coqueluche il y a catarrhe, et de là à la pneumonie il n'y a qu'un pas ; aussi arrive-t-il souvent qu'elle survienne ; et cet accident est grave, car si dix-neuf fois sur vingt cette nouvelle maladie fait taire la première, celle-ci reprend quelquefois tous ses droits dès que l'autre commence à céder, et des secousses violentes, imprimées à un poumon malade, prolongent indéfiniment la phlegmasie. Dans cette circonstance, ou bien même quand la coqueluche ne s'est point ainsi compliquée, ne comprend-on pas facilement que l'inflammation subaiguë qui l'accompagne soit la *cause occasionnelle* du développement des tubercules, s'il existe quelques circonstances accessoires favorables, le climat, la constitution, l'hérédité, etc., exactement comme une entorse devient la cause occasionnelle d'une tumeur blanche chez un sujet prédisposé ; aussi la tuberculisation n'est-elle pas rare à la suite de la maladie dont nous nous occupons.

La congestion de la face, de toute la tête et de l'encéphale est un *accident inhérent* à la coqueluche, et qui s'observe pendant les quintes. Les veines de ces parties et du cou s'emplissent et se distendent, la face devient rouge, livide, les lèvres sont bleuâtres, les yeux injectés et saillants, les enfants sont dans un état demi-apoplectique. A la suite de cet état, ils

sont en petit comme les individus qui reviennent d'une attaque d'épilepsie.

L'épistaxis est une conséquence de cet état et un *accident* des quintes dont nous avons déjà parlé. Il paraît qu'elle est plus fréquente chez les enfants d'un âge plus avancé que chez ceux que nous avons à observer. Elle se fait quelquefois avec un jaillissement impétueux; quand elle est fréquente ou considérable, elle devient elle-même cause de ces récidives, par la modification qu'elle fait éprouver à la masse du sang. Nous avons dit aussi que les fosses nasales n'étaient pas toujours le siége de l'hémorrhagie; ajoutons que chez une dame de notre clientèle, atteinte de coqueluche dans son enfance, l'hémorrhagie se faisait par une petite ulcération qu'elle portait au-dessous de l'œil, et que, chez le mari de cette dame, affecté aussi de coqueluche de son côté, à la même période de la vie, elle se faisait dans le tissu cellulaire de l'orbite et des paupières, et constituait ainsi une ecchymose de l'œil. Nous avons maintenant, au nº 7 de la salle Sainte-Julie, un petit enfant qui a rendu pendant plusieurs jours des larmes de sang.

On a prétendu que les *convulsions* étaient fréquentes chez les enfants atteints de coqueluche et dont l'encéphale était ainsi fréquemment congestionné, mais nous avons rarement observé cet accident chez nos malades; nous pensons que les pathologistes ont eu tort de les rattacher à cette congestion et qu'ils ont exagéré leur fréquence.

Traitement. — Quand la coqueluche est simple, elle ne s'accompagne pas ordinairement de fièvre si ce n'est pourtant au début dans la période catarrhale. Les enfants mangent, courent et jouent comme dans l'état de santé; aussi la persistance de la fièvre est-elle un signe pronostic grave qui annonce ordinairement l'engorgement des ganglions et la tuberculisation.

Dans le premier cas, c'est-à-dire quand la coqueluche est simple, Laennec a préconisé l'emploi des vomitifs; il a dit qu'en répétant leur administration deux ou trois fois par semaine on abrégeait la durée de la maladie. Nous avons essayé ce moyen, et voici ce que nous avons observé : *généralement* les quintes ont été moins fréquentes que les jours qui avaient précédé l'emploi de cette médication et le bénéfice a duré un

ou deux jours; quelquefois l'amélioration ne s'est fait sentir que le lendemain; mais ces résultats n'ont pas été constants; dans quelques cas on n'a pu apercevoir aucun changement, et quand le remède avait été mis en usage pendant un mois il devenait difficile de distinguer son influence de celle d'une amélioration spontanée. Cependant les vomitifs ne nuisent jamais, et j'adopte ce moyen.

Dans les dernières périodes de la maladie les anciens ont préconisé les PURGATIFS, la manne dissoute dans du lait, la rhubarbe, la marmelade de Tronchin, etc., mais nous avons peu expérimenté ces moyens.

Les *antiphlogistiques* ne sont pas indiqués dans la coqueluche tant qu'il n'y a pas de complication qui réclame leur emploi, car c'est une affection nerveuse, et à ce titre ils ne lui conviennent pas, ils affaiblissent beaucoup les petits malades.

Les *révulsifs* ont été fort vantés et regardés comme les plus efficaces dans le traitement de la coqueluche, parmi eux la pommade d'Autenrieth mérite de nous occuper un instant; avant de vous parler de ses inconvénients et de ses avantages, parlons de son application. On l'emploie en frictions faites sur la poitrine en avant et en arrière de cette région; mais chez les filles, chez celles surtout qui par leur position sociale seront exposées plus tard à être plus ou moins décolletées, il est important de ne jamais faire les frictions stibiées, en avant, au-dessus du niveau du mamelon et en arrière, au-dessus de celui de l'angle inférieur du scapulum, car elles laissent des cicatrices semblables à celles de la brûlure ou à celles des affections scrofuleuses.

J'ai déjà eu occasion de signaler d'autres désordres qui résultent de l'emploi de ce moyen; souvent il survient, chez les filles surtout, une pustulation qui occupe les plis des cuisses, les grandes lèvres à leur face cutanée ou muqueuse, ou les faces contiguës des fesses, chez les garçons elle se développe entre les cuisses et les bourses. Ces pustules ont un caractère particulier, elles commencent par une rougeur à laquelle succède une phlyctène qui laisse bientôt le derme à nu; c'est là un grave inconvénient, car elles se développent facilement chez les enfants dont la peau est fine; elles ressem-

blent beaucoup aux pustules muqueuses de la vérole et peuvent engager à faire subir à l'enfant un traitement antisyphilitique qui ne serait pas sans inconvénient; les anciens croyaient qu'elles étaient produites par la saturation stibiée, mais Bretonneau a donné de ce phénomène une explication plus légitime. Quand on a fait avec les doigts une friction stibiée, il y reste, après même qu'on les a essuyés, une sorte de grenu qui est dû à la persistance de quelques cristaux de tartre stibié, surtout si le pharmacien n'a pas porphyrisé cette substance; les enfants dont la peau est irritée se grattent, puis portent instinctivement leurs doigts aux parties génitales; quand la peau se dessèche, les fragments qui se détachent de sa surface tombent vers les parties que nous avons indiquées; des cristaux de tartre émétique ont été retrouvés par Bretonneau dans les saletés de ces régions qu'il a analysées. Ce n'est donc pas plus là le résultat de la saturation de l'économie par l'émétique que la pustulation de la gorge qui survient chez ceux qui avalent ce médicament, c'est un effet mécanique qui se produit plus facilement chez les derniers, quand on a le tort de l'administrer dans un véhicule gommeux qui le colle en quelque sorte aux parois qu'il touche.

Quant aux effets de ce moyen, il est d'observation que, lorsqu'il a produit une vive rougeur et de la douleur, les enfants toussent moins ; cela coïncide avec ce que nous avons dit de l'action des phlegmasies intercurrentes sur les phénomènes de la coqueluche ; cependant il ne servirait guère si, après la cessation de la fièvre stibiée, la maladie reprenait toute son intensité, mais généralement elle est amoindrie et si l'on recommence deux ou trois fois, sans doute on obtiendra un bon résultat.

Il y a des médicaments qui s'adressent à l'élément nerveux, parmi eux les solanées vireuses, la belladone, la stramoine, sont appelées par les auteurs leur ancre de salut. Nous les avons données l'une ou l'autre indifféremment, les quintes ont diminué. Le sirop est une bonne façon de les administrer, ou la teinture à la dose de une, deux ou trois gouttes, quatre, cinq, six fois par jour, de manière que les quintes soient atténuées, les pupilles dilatées sans qu'il survienne du délire. Celui-ci est facile à produire chez les enfants, et peut se

développer alors qu'on s'imagine ne pas augmenter la dose du médicament. Mais voici ce qui arrive : la maladie s'est atténuée, les quintes sont moins violentes et l'enfant vomit moins, alors il garde tout le médicament dont avant il rejetait la moitié, et le délire qui ne se montrait pas et ne pouvait le faire, se développe très naturellement dans ces conditions nouvelles. Dans ce cas, il suffit de suspendre le remède, de donner un peu de limonade ou même d'attendre tout simplement. Quelquefois les accidents paraissent très sérieux, mais ils ont une physionomie spéciale. Les enfants ont un air extraordinaire, ils semblent épouvantés. Leur regard est fixe et comme s'ils voyaient quelque chose d'effrayant ; ils crient violemment. Ajoutons que les pupilles sont dilatées. Eh bien ! jamais on n'observe cette série d'accidents dans la méningite; jamais il n'y a d'hallucinations que sous l'influence de la belladone. J'ai vu un exemple remarquable de ces accidents chez un enfant de vingt mois, pour lequel j'ai été appelé en consultation par son médecin. Je supposai immédiatement qu'il avait pris de la belladone, je le demandai au médecin que je pris à part et qui me dit qu'il en avait même continué l'usage comme calmant.

La belladone calme, mais guérit-elle rapidement? je n'ai pas vu cela. L'opium modère aussi les quintes, mais ne guérit pas; la valériane, l'éther agissent de la même façon. On a aussi fort vanté le bismuth et l'oxide de zinc, à la dose de 25 centigrammes par jour. Bretonneau a eu une grande confiance dans le bismuth qu'il avait vu arrêter les quintes; mais dans une autre épidémie, il n'en a plus retiré aucun avantage. Je ne finirais pas si je voulais énumérer tous les médicaments qu'on a employés et vantés dans la coqueluche, les sulfureux, les eaux bonnes, les pastilles de soufre lavées ou non lavées, l'acide sulphydrique dans l'eau, etc.

Nous devons conclure que dans cette affection l'influence des médicaments est bien minime; vous vous rappelez l'inutilité des moyens que nous avons employés.

Au mois de septembre, un médecin qui suivait notre visite nous apporta un sirop de coqueluche fort efficace, disait-il; en effet, deux enfants qui en prirent guérirent rapidement, mais deux autres enfants qui ne prirent rien guérirent aussi

vite. En octobre, la coqueluche devint plus méchante, le sirop et l'expectation furent également inefficaces. J'avais eu envie, en septembre, d'essayer de l'homœopathie, voyez quelle perturbation serait née dans mon esprit et dans le vôtre en présence de ces résultats heureux; ceci nous prouve encore qu'il ne faut pas conclure de la statistique d'octobre à celle de janvier.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES.

Service de M. Baudelocque (derniers mois de 1841).

Il est des maladies dont la fréquence a été remarquable dans les derniers mois de 1841, à l'hôpital des Enfants, dans les salles de M. Baudelocque. La fréquence de ces maladies peut être attribuée aux variations atmosphériques et à la grande humidité de l'air qui ont régné pendant plusieurs mois, à Paris. En effet, toutes ces affections, maux de gorge, bronchites, diarrhées, rhumatismes, éruptions (scarlatines, varioloïdes), se sont accompagnées d'une fièvre essentiellement catarrhale ou muqueuse qui leur donnait une physionomie commune quelle que fût la différence établie entre elles par leur degré, par leur siége, par leurs symptômes, etc.

A partir du moment où un froid sec a succédé à la température humide, la fièvre catarrhale a été remplacée par la fièvre inflammatoire plus ou moins prononcée.

La fièvre muqueuse a tellement empreint d'un caractère commun ces diverses affections, qu'elle en formait essentiellement le fond, en sorte que les angines, par exemple, ne différaient de la scarlatine que par l'absence de l'éruption. Cette fièvre a existé chez quelques malades sans angine ni éruption; fièvre de scarlatine sans éruption scarlatineuse.

Parmi les cas qui se sont présentés dans le service, nous choisirons les plus remarquables, en commençant par ceux de fièvre typhoïde, qui seuls nous occuperont dans cet article.

1re Obs. : Garçon de 9 ans, bonne constitution. Au début, frisson irrégulier suivi d'une chaleur brûlante, céphalalgie,

délire, un ou deux vomissemens, toux légère, agitation.

Entrée à l'hôpital cinq jours après l'invasion. Le soir, assoupissement, décubitus dorsal. Face très colorée, réponses rapides mais justes. Cependant le malade ne se croit pas à l'hôpital, et dès qu'il s'assoupit il parle seul. Il cherche à se lever et tombe sur le carreau. Ecoulement fétide par l'oreille droite accompagné de surdité, soif, inappétence. Ventre ballonné, douloureux dans les deux fosses iliaques; gargouillements à droite; chaleur modérée, pouls plein, régulier, fréquent, (120 puls.); toux grasse, râle sibilant des deux côtés, un peu de râle muqueux à la base du poumon droit; la nuit suivante, agitation, une selle liquide. Sixième jour, pas de céphalalgie, étonnement, langue peu humide et peu chargée; ventre moins tendu; pas de douleur abdominale appréciable, pouls à 112, régulier; le malade se tient avec peine sur son séant.

(Deux verres d'eau de sedlitz; demi-lavement émollient; cataplasme sur le ventre.)

Dans le jour, deux gardes-robes jaunes, très liquides et très fétides; un peu de délire dans l'après-midi, le malade cherche à se lever.

Pendant cinq ou six jours de suite même état. Pendant ce temps quelques verres d'eau de sedlitz, même médication du reste.

Onzième jour, plus de délire ni de ballonnement du ventre; 96 puls. Encore deux selles liquides.

Quatorzième jour, le malade va bien, plus de diarrhée; appétit (une soupe).

— *Réflexions*. Chez ce malade, les symptômes assez intenses d'abord ne se soutinrent point. Une amélioration notable des symptômes abdominaux ayant suivi une garde-robe liquide, le traitement était indiqué; quelques verres d'eau de sedlitz tous les jours entretinrent le ventre libre, dissipèrent les symptômes gastriques, dégagèrent la tête, et quinze jours après l'invasion de la maladie, la guérison était complète. Le succès obtenu des deux purgatifs (eau de sedlitz) n'aurait peut-être pas été le même, s'il y avait eu fièvre intense; il eût fallu préalablement faire tomber l'état fébrile.

Au début, il y avait tout l'appareil d'une méningite imminente (délire, agitation, et de plus deux vomissements au

début), mais il n'y avait pas de chaleur, le pouls était calme. Ces caractères négatifs, joints aux symptômes typhoïques, devaient établir le diagnostic différentiel en faveur de la fièvre typhoïde.

2e Obs. Garçon de douze ans: Habitude de la masturbation, habitation saine et bonne nourriture. Pendant trois ou quatre jours, malaise et faiblesse.

Du 18 au 23 décembre, malaise général, faiblesse dans les jambes, céphalalgie frontale qui dura jusqu'au sixième jour; inappétence; langue humide, couverte d'un enduit blanc, jaunâtre; soif; douleur de ventre, surtout vers la fosse iliaque droite; un peu de gargouillement de ce côté; diarrhée fétide; le ventre ballonné d'abord l'est moins vers le sixième jour; il est moins sensible que les jours précédents. Le septième jour, il a encore diminué.

La toux a existé jusqu'au septième jour, et jusqu'au sixième, il a existé du râle sibilant des deux côtés de la poitrine.

A partir du cinquième jour de la maladie, il est survenu du trouble dans les idées; à l'assoupissement a succédé une grande agitation. Délire tout le jour et la nuit, épistaxis, bourdonnement d'oreilles, ouïe un peu dure, vue confuse, physionomie abattue. Chaleur brûlante la nuit et le jour; selles fréquentes, involontaires. Le malade tombe de temps en temps dans l'assoupissement; alors il délire.

A partir du sixième jour, stupeur; face pâle, plombée, de plus en plus abattue jusqu'au neuvième jour. Dans cette période de temps, la langue se sèche, ainsi que les lèvres; respiration fréquente par instants; râle sous-crépitant à la base de la poitrine des deux côtés; peau sèche, brûlante; pouls développé, délire et agitation la nuit. Le septième jour, gonflement subit des parotides, qui, le lendemain, empêche le malade d'ouvrir bien la bouche. Ce gonflement est sans rougeur, mais il est considérable et douloureux à la pression.

Une bouteille d'eau de sedlitz, donnée le septième jour, avec cataplasmes sur le ventre, lavement et diète, a produit sept à huit selles très fétides. (On prescrit une nouvelle bouteille d'eau de sedlitz; frictions toutes les trois heures avec quatre grammes d'onguent par friction; deux vésicatoires aux jambes; diète.)

Dans l'après-midi et dans la nuit, délire et agitation. L'enfant cherche à sortir du lit. Plusieurs selles liquides involontaires.

Neuvième jour : peau chaude, assoupissement presque continuel, yeux fermés, paupière gauche œdématiée, gonflement œdémateux du cou. Régions parotidiennes gonflées et douloureuses au toucher, chaudes. Ventre peu développé, peu douloureux. Deux selles ce matin ; moins d'agitation.

Dixième jour : moins de délire et d'agitation ; la nuit, face moins abattue ; peau chaude et sèche ; plusieurs selles liquides volontaires ; râle muqueux à la base de la poitrine des deux côtés en arrière, surtout à droite.

Onzième jour : Même état que la veille. Ventre ballonné, indolore. Le malade demande à boire depuis hier. La langue sort difficilement ; elle est couverte d'un enduit blanchâtre, épais et collant ; enduit sur les dents ; chaleur modérée. L'épiderme de la peau s'enlève avec l'ongle. Même état des parotides. (Même prescription.)

Douzième jour : parotides moins gonflées ; elles sont le siége d'une fluctuation profonde. Ventre un peu rétracté. Sous les vésicatoires la plaie est rouge, parsemée de petites ecchymoses. (Même prescription. Catasplasmes émollients sur les vésicatoires.) Un peu de toux ; intelligence ; pas de selles dans la journée. Plaie des vésicatoires considérablement étendue par suite de l'enlèvement de l'épiderme.

Treizième jour : depuis hier, trois gardes-robes, face abattue ; gonflement des parotides rouge, douloureux, avec fluctuation obscure ; langue visqueuse, collante, ainsi que les lèvres et les dents ; quelques bulles contenant une petite quantité de sérosité aux membres inférieurs. Pouls faible, peu développé, peu fréquent. Peau sèche, sans chaleur. Décubitus dorsal. Rien du côté de la poitrine. (Décoction de quinquina ; eau vineuse ; deux lavements avec une décoction de quinquina ; friction mercurielle sur les parotides, ensuite cataplasmes ; compresses d'eau blanche sur les vésicatoires et les bulles des genoux ; deux tasses de bouillon.)

Le soir, abattement extrême. Pouls très faible (96 pulsations).

Le pouls, peu développé d'abord, a passé successivement.

depuis le cinquième jour jusqu'au quatorzième, par les nombres 116, 120, 128; revenu à 116 vers le neuvième jour, il est descendu à 96 pour remonter à 104, où il s'est soutenu plusieurs jours de suite.

Le quatorzième jour, peau sans chaleur. La faiblesse va en augmentant. Amaigrissement rapide. Mort le quinzième jour.

Réflexions : Les symptômes les plus alarmants du côté de la tête et du ventre ont marqué le début de cette fièvre typhoïde, muqueuse : trouble des sens, délire, ballonnement du ventre, douleurs dans les fosses iliaques, dévoiement. Cet appareil devint de jour en jour plus menaçant. Le gonflement des parotides qui ne purent arriver à une bonne suppuration, au lieu de devenir l'occasion d'une crise favorable et de résoudre la maladie, ou du moins de déterminer une amélioration, cet engorgement glandulaire vint aggraver l'état de congestion vers la tête. Ce fut pour activer la suppuration de ces engorgements, et par conséquent pour hâter la possibilité de les ouvrir, qu'on fit chez ce malade des frictions mercurielles. Si ces frictions avaient eu pour effet d'amener la suppuration de ces parotides, dont l'apparition avait été suivie, dès le lendemain, d'un amendement qui ne fut que momentané, peut-être cette amélioration se fût-elle soutenue et le malade eût pu guérir.

3e Obs. Onze ans, enfant de l'Auvergne, à Paris depuis trois mois, ventre souvent douloureux, bonne santé d'ailleurs.

Au début, violente courbature; la nuit suivante, forte chaleur suivie de sueur. Le deuxième jour, douleur à la tête et au ventre. On lui fait boire de l'absinthe, qui provoque un vomissement. Le soir, vers trois heures, perte de connaissance, perte de la parole. Le troisième jour au matin, délire et agitation.

Entrée le 2 décembre.

A la visite du 23, beaucoup d'agitation, réponses difficiles; langue blanche au centre, légèrement rouge aux bords, sèche; haleine mauvaise; ventre rétracté; pas de gardes-robes depuis son entrée; pouls irrégulier, peu fréquent; un peu de toux, rare. (Limonade, deux pots, deux lavements purgatifs,

sinapismes aux jambes.) Après le premier lavement, selles abondantes. Plus tard, l'agitation continue, sommeil sur le dos, paupières entr'ouvertes; le malade se plaint du ventre vers la fosse iliaque droite. Chaleur de la peau, respiration naturelle. Réponses tantôt justes, tantôt incohérentes. Il ne sait où il est, ni s'il est matin ou soir. Céphalalgie frontale. L'enfant crie et s'agite quand on le met sur son séant; il s'assoupit quand on le laisse couché. Dans la nuit, agitation bruyante; aucun signe de fièvre; pas de gardes-robes.

Cinquième jour de la maladie : Décubitus dorsal, léger assoupissement, pommettes injectées; langue rouge, sèche, sans enduit épais; se plaint du ventre et du front; ventre sensible à la pression, surtout vers la région iléo-cœcale; il est rétracté. Pouls à 84, irrégulier, peu développé; un peu de toux grasse, respiration de temps en temps suspirieuse, répugnance à se mettre sur son séant; délire. (Deux verres d'eau de sedlitz, lavement purgatif, diète.) Guérison.

L'absinthe que l'on fit prendre à ce malade n'a-t-elle pas été la cause du délire et de l'agitation qui caractérisa chez lui le commencement de la maladie?

Sans cet accident, peut-être le malade n'eût-il eu qu'un simple malaise, qu'une fièvre légère, surtout s'il eût été traité convenablement au début.

Comme, dans l'observation première de cet article, les accidents cérébraux éveillèrent d'abord l'idée d'une méningite, une douce purgation par l'eau de sedlitz a été employée ici dans le but de combattre les symptômes encéphaliques et gastriques par sa vertu, en quelque sorte spécifique, contre les affections muqueuses, typhoïdes. L'amélioration a été rapide. Au caractère catarrhal, qui a compliqué cette maladie comme toutes celles de la même époque, s'est jointe une surexcitation, occasionnée dans ce cas par une cause qui n'avait point eu d'analogue dans les deux cas précédents, l'ingestion d'une liqueur stimulante.

Après avoir fait ressortir les faits particuliers à chacune de ces observations, nous avons à considérer celles-ci, comparativement, et à les rapprocher par leurs points de contact.

Dans ces trois cas, l'élément catarrhal était plus ou moins masqué par la fièvre typhoïde. Celle-ci en empêchait l'expres-

sion symptomatique, mais on pouvait le reconnaître à la toux et aux signes physiques des lésions catarrhales des organes du thorax.

Nous avons remarqué dans ces trois cas un appareil de symptômes encéphaliques qui pouvait faire penser à la possibilité d'une méningite. Cette complication n'a pas eu, dans chacune de ces observations, un caractère également prononcé. Dans la première, il y avait tout l'appareil d'une méningite imminente : délire, agitation, vomissement au début.

Dans la seconde, symptômes alarmants du côté de la tête au début : trouble des sens, délire. Apparition de purotides qui ajoutent de nouveaux signes de congestion encéphalique. Dans la troisième, accidens cérébraux comme dans les deux premières. Dans ce cas la surexcitation a pu être causée par l'ingestion de l'absinthe, mais quand on le rapproche des deux précédents, on est tenté de penser que cette cause n'a fait qu'augmenter une prédisposition dont l'existence est démontrée par les deux premières observations.

Ce qui distingue l'ensemble des symptômes cérébraux dans le premier cas de ceux observés dans les deux autres, c'est le vomissement au début ; aussi dut-on penser dans ce cas surtout à l'imminence d'une méningite. Les symptômes de la fièvre typhoïde vinrent bientôt détruire cette première impression.

Quelques autres caractères dominants ont encore distingué les cas de fièvre typhoïde qui ont été observés. Dès la première période, inappétence, diarrhée, ballonnement du ventre, quelquefois vomissements, délire ou assoupissement, symptômes d'irritation de la gorge, des organes de la respiration; chez les malades qui devaient succomber, la maladie poursuivait sa marche sans forte fièvre, ni chaleur intense. Il y avait plutôt de l'accablement, taciturnité, selle liquide, ventre rétracté, douleurs et gargouillements vers les fosses iliaques, agitation ou accablement dans la seconde moitié du jour. Réaction moindre à mesure que le mal s'aggravait, l'intelligence allait s'obscurcissant progressivement, le pouls faiblissait ; la chaleur s'éteignait de plus en plus, et le malade succombait. Chez ceux qui ont guéri, la marche de la maladie a été bien différente : réaction soutenue. Le pouls s'éle-

vait, le dévoiement dominait et les forces revenaient. Aussi voyons-nous M. Baudelocque, pour entretenir le ventre libre, pour en modifier les sécrétions, pour dégager la tête et provoquer l'appétit, attaquer ces fièvres dès le début par l'eau de Sedlitz (un à deux verres chez les jeunes enfants, une bouteille chez les plus âgés).

Chez nos trois malades, une amélioration manifeste suit l'emploi du purgatif salin; amélioration momentanée dans le second et qui, chez le premier et chez le troisième, a définitivement amené la guérison. Nous rappellerons que, chez le second, les parotides n'ayant pas suppuré, la médication avait un élément de plus à combattre; ce qui explique pourquoi, dans ce cas, elle n'a pas triomphé.

C'est par ce moyen que M. Baudelocque poursuit la maladie dans ses progrès. Si les forces tombent ou que le malade entre en convalescence, il suspend l'usage du purgatif salin. Passant alors à une médication capable de stimuler doucement les organes internes sans en surexciter les fonctions, il prescrit, dans ce but, l'infusion ou la décoction aqueuse de quinquina, soit en boisson, soit en lavement; il emploie en même temps l'eau vineuse, tonique diffusible qui accélère l'action naturellement lente du quinquina; aux stimulans internes, M. Baudelocque joint les irritants externes dont l'action à la circonférence détourne l'élément morbide du centre de l'économie. C'est ainsi que quelquefois une sueur critique suit l'application des vésicatoires.

M. Baudelocque emploie le plus rarement possible les émissions sanguines, et lorsqu'il est forcé d'y recourir, ce qui arrive quelquefois au début, c'est toujours en petite quantité qu'il les emploie.

Au commencement de la maladie et pendant toute sa période ascendante, diète absolue; mais, au déclin, l'expérience de la médecine des enfants a prouvé à ce médecin qu'il faut abandonner toute sévérité à cet égard; bouillons légers d'abord, puis de la soupe. Lors de la convalescence, toniques et bonne nourriture, vin et aliments en quantité modérée. La convalescence est longue et difficile quand on n'a pas suivi la double indication d'accorder le plus tôt possible les aliments

aux petits malades et d'en graduer avec attention la quantité.

(*La suite prochainement.*)

Docteur VANIER.

Tumeur encéphaloïde du foie chez une fille de treize mois (1); observation communiquée par le docteur OLIVIER, médecin de l'hôpital de Montluel (Ain) (2).

En avril 1834, la femme Trottiel, de Montluel, m'appela pour sa fille, âgée de treize mois ; jusqu'alors elle était bien-venue, mais depuis quelque temps ses plaintes continuelles annonçaient quelques souffrances.

En examinant attentivement cette petite, je m'aperçus qu'elle portait à la région hépatique au niveau des dernières côtes (région de droite), une tumeur indolente et d'un volume déjà assez considérable. La peau était tendue et brillante comme dans le phlegmon érysipélateux, n'offrant qu'une légère rougeur, et sans douleur à la pression. Absence de fièvre, appétit bon, aucun trouble encore bien caractérisé dans les principales fonctions de l'organisation.

---

(1) La pièce anatomique se trouve dans le musée de la Société de médecine de Lyon.

(2) Nous nous empressons de rectifier deux erreurs qui ont été maintenues, malgré les corrections faites par nous sur les épreuves, dans l'observation de *fièvre rémittente pernicieuse convulsive* communiquée par notre distingué confrère, M. le docteur Olivier (cahier de décembre, n° 9, p. 303). A l'article *Prescription,* au lieu de : lorsque *la pâleur* reparaît à la peau, lisez : lorsque *la chaleur,* etc.; et au lieu de : sept *jours* après cette première visite, lisez : sept *heures* après, etc. La première visite ayant eu lieu le 6, ce fut dans la même journée, sept heures plus tard, qu'eut lieu la seconde.

Par suite de pareilles négligences, ce journal a été confié à un autre imprimeur.

Prescription.—Application de six sangsues sur la partie malade, cataplasmes de farine de lin, frictions mercurielles.

Je crois à l'existence d'une tumeur enkystée du foie, j'annonce aux parents qu'ils ne pourront conserver cette enfant, que la tumeur fera de plus en plus des progrès, que l'amaigrissement surviendra avec un affaiblissement général, et que sur la fin de la maladie la fièvre se déclarera.

Trois mois s'écoulent, durant lesquels je reste sans aucune nouvelle de ma petite malade. Appelé de nouveau, je vis que tout ce que j'avais annoncé s'était réalisé. La tumeur, devenue considérable, occupait tout l'hypocondre droit ainsi que l'épigastre; déjà elle s'étendait vers la région splenique en bas, elle dépassait l'ombilic, toujours indolente, élastique, fluctuante au toucher, sans douleur ni bosselures. Il y avait de la fièvre avec une expiration courte et précipitée; les progrès de l'amaigrissement étaient sensibles surtout aux bras, aux cuisses et aux jambes; le visage seul paraissait encore bon. (Large emplâtre fondant sur toute la tumeur.) A quinze mois, la femme Trottiel avait montré sa petite à un confrère d'une commune voisine, M. le Dr Viricel de Miribel, son diagnostic et son prognostic avaient été conformes aux miens. A seize, les parents consultèrent M. le Dr Mermet, un des médecins distingués de Lyon, qui fut du même avis, considéra la tumeur comme enkystée et provenant du foie, et donna pour conseil d'en venir à la ponction. Ce moyen fut abandonné n'ayant pas reçu l'assentiment de la mère.

Durant deux mois encore, le volume de la tumeur augmenta; l'enfant continuait à maigrir et à s'affaiblir, la fièvre était devenue très forte; au dix-neuvième enfin la mort arriva.

Je procédai à l'autopsie en présence de mon honorable confrère, M. le Dr Viricel, le 21 septembre.

Résultats.—Amaigrissement général et très prononcé. Les parois abdominales sont énormément distendues, la tumeur occupe les deux hypocondres, descend jusque dans la cavité du bassin, et, supérieurement, refoule le diaphragme dans le thorax. Mise à découvert par une incision cruciale, nous apercevons de légères adhérences celluleuses entre elle et les parois abdominales; par la dissection, nous en rencontrons

d'autres plus fortes avec les organes qui l'avoisinent. Elle prend naissance dans le péritoine qui enveloppe le foie vers la face concave de cet organe au-dessus du rein droit.

Une fois enlevée, cette tumeur pèse sept livres moins un quart; sa forme est oblongue, son volume égale au moins deux fois celui de la tête de l'enfant. Nous commençâmes alors, mon confrère et moi, à avoir quelques doutes sur l'existence d'un liquide quelconque. Cependant, nous pensâmes que les parois du kyste étant très épaisses, elles pourraient bien néanmoins en contenir un peu. A tout hasard, nous prîmes un vase, mais l'instrument plongé dans la tumeur, il ne s'en échappe ni liquide, ni gaz. Je pénétrai alors plus avant dans la substance charnue, mais toujours inutilement. A notre examen, cette tumeur nous parut composée des tissus squirrheux et encéphaloïde à l'état de crudité; à l'intérieur, elle formait des masses de grosseur variée, sa consistance était celle du lard, d'une couleur blanchâtre parfois, grisâtre ailleurs, criant sous la pointe du scalpel; il était assez difficile de bien préciser la nature de ce tissu morbide.

Réflexions.—Cette tumeur était-elle le résultat d'une production tout-à-fait accidentelle? ou son développement peut-il être attribué à une chute que l'enfant fit à treize mois? Ici nous sommes dans le doute sans pouvoir en sortir; de quelque manière que nous envisagions la question, elle doit être indécise; je l'abandonne donc pour arriver à un point non moins important de clinique médicale.

Je pris, et mes deux honorés confrères aussi, cette maladie pour une tumeur enkystée du foie, et nous établissions notre diagnostic sur l'indolence et la fluctuation de la tumeur, la distension des parois abdominales, leur infiltration sans changement de couleur à la peau, la dilatation des veines sous-cutanées; en un mot, sur tous les signes de l'hydropisie ascite; c'était une erreur de notre part, et la ponction conseillée par l'un de nous, n'aurait, je crois, en déterminant l'inflammation de la tumeur, que hâté le terme fatal de la maladie.

Comme il est très rare de rencontrer des tumeurs de cette nature, et de les voir arriver au développement de celle qui fait le sujet de cette observation, j'ai cru qu'il était utile de faire l'histoire de celle-ci pour prouver combien est grande la

difficulté du diagnostic dans les affections des organes parenchymateux.

Quelques considérations sur le muguet des nouveau-nés et sur le céphalæmatome; un mot sur le pouls des enfants nouveau-nés, par M. Valleix, médecin du bureau central des hôpitaux, membre de la Société médicale d'observation, etc.

Il y a quatre ans que j'ai publié ma *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés* (1), et depuis cette époque aucun traité *ex professo* n'a paru sur les maladies de la première enfance; mais des articles importants ont été insérés dans les Recueils de médecine, sur certaines maladies dont j'ai tracé l'histoire, et quelques objections m'ayant été faites dans ces articles, il n'est pas sans intérêt de les examiner.

Je préviens d'avance le lecteur que ce n'est nullement dans un intérêt d'amour-propre que je prends la plume. Je sais mieux que personne combien est difficile l'étude des maladies des enfants nouveau-nés, et, par conséquent, je suis bien loin de prétendre avoir tout dit sur les maladies dont j'ai tracé l'histoire. Sous ce point de vue, une critique éclairée ne saurait donc jamais me blesser. Mais si, dans les questions en litige, il y va de quelques intérêts scientifiques; si, surtout, la thérapeutique des maladies des enfants nouveau-nés se trouve intéressée dans la discussion, je me vois forcé de défendre des opinions appuyées sur des faits observés avec soin, sauf à me rendre avec empressement à l'évidence, lorsque les hommes distingués qui m'ont fait des objections auront dissipé tous mes doutes.

Muguet. On était tellement habitué à considérer le muguet comme une maladie toute locale, comme une simple stomatite, que le résultat des faits analysés par moi parut une grande nouveauté, et que tout d'abord on accueillit avec une grande incrédulité cette proposition générale : *que le muguet est une maladie secondaire qui survient dans le cours d'une en-*

---

(1) Un vol. in-8°, Paris, 1838; chez J. Baillière.

térite. Je pourrais invoquer l'opinion de plusieurs auteurs antérieurs à ces vingt dernières années, et prouver que cette manière de voir n'a paru aussi nouvelle que parce qu'elle a été nettement formulée à une époque où la localisation des maladies était poussée à l'excès. On verrait, par exemple, que M. Double (*Journal gén. de méd.*) a cité dans un mémoire assez étendu plusieurs faits dans lesquels il a très bien montré que la stomatite pseudo-membraneuse était évidemment sous la dépendance d'une affection du tube intestinal. Mais je m'en tiens à mes faits, puisque mon ouvrage, étant basé sur des recherches cliniques, n'est guère autre chose qu'un résumé analytique et raisonné de ces faits. N'ai-je pas, par une analyse détaillée et exacte de mes observations, fait voir que les choses s'étaient réellement passées ainsi que je l'ai dit? Ma conclusion était donc légitime, puisque j'avais annoncé d'avance le nombre des observations sur lesquelles je m'appuyais.

Ainsi, voilà la question nettement posée : je demande qu'on réponde aux faits que j'ai cités par de nouveaux faits observés avec le même soin, et l'on ne trouvera pas cette prétention exagérée, si l'on songe à toute la difficulté que présente l'observation chez les nouveau-nés. Examinons donc de ce point de vue les objections qui m'ont été adressées.

Dans l'article *Muguet* du Dictionnaire de médecine, tome 20, MM. Guersant et Blache pensent que j'ai eu tort de dire que la constitution des sujets ne présentait aucune cause qui ait paru favoriser le développement du muguet : ils attribuent mon erreur à ce que « je fais commencer la maladie trop tôt, regardant comme le début de l'affection le dévoiement et l'affaiblissement qui souvent au contraire existent longtemps auparavant. » Il y a ici un malentendu : je n'ai pas voulu dire que toutes choses étant égales d'ailleurs, le muguet ne doive pas attaquer plus facilement les enfants faibles et délicats; j'ai seulement fait voir que la force de la constitution n'en avait pas préservé les enfants observés par moi à l'hôpital des Enfants trouvés, et c'est même un des motifs qui m'ont le plus fait insister sur les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvaient ces enfants. Ces deux savants auteurs ont trop oublié que je ne faisais pas un article

général sur le muguet, mais l'histoire de cette maladie développée dans des circonstances particulières; travail qui est bien loin d'être sans utilité, puisque mes recherches ont dû fournir des indicatious précieuses pour les soins hygiéniques donnés aux malades.

Un autre reproche qui m'a été adressé par MM. Guersant et Blache, c'est d'avoir regardé comme une seule et même maladie un ensemble de symptômes qui, pour les observateurs qui m'ont précédé, forment un grand nombre de complications de la maladie principale, c'est-à-dire de la *stomatite pseudo-membraneuse.* La pratique de la Ville montre, disent-ils, d'une manière irréfrayable que le muguet est une affection purement locale. A cela je réponds que la constance des diverses lésions que j'ai mentionnées, leur développement, suivant une marche uniforme et qu'on peut tracer d'avance, ne peut laisser aucun doute sur l'exactitude des résultats que j'ai obtenus par l'analyse de mes observations. Si nous examinons ce qui se passe dans la pratique civile, nous voyons qu'il n'est pas toujours facile d'explorer les sujets aussi complètement qu'il serait nécessaire, et que je l'ai fait à l'hôpital des Enfants trouvés. Si je fais cette réflexion, c'est que j'ai pu dans quelques cas observés hors de l'hôpital m'assurer, par un examen attentif, de l'existence de symptômes qui paraissaient d'abord très difficiles à constater. Au reste, je n'ai pas été, à beaucoup près, aussi exclusif qu'on pourrait le croire d'après l'article du dictionnaire; voici ce que j'ai dit page 422 de la *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés* : « L'inflammation pseudo-membraneuse à la bouche peut-elle être idiopathique? peut-elle survenir dans le cours d'autres maladies que celles du tube digestif? jusqu'à présent je n'ai pas observé de faits de ce genre. » Ainsi donc, je me garde bien de dire que des faits semblables ne peuvent pas exister, et si l'on rapproche du passage que je viens de citer ce que j'ai dit à l'article du traitement et que je mentionnerai plus loin, on verra que j'admettais implicitement leur existence dans des circonstances moins défavorables que celles où se trouvaient les sujets observés par moi.

Des objections à peu près semblables m'ont été adressées dans un compte-rendu de la clinique de M. Trousseau, in-

séré dans le tome III (2e série), de la *Gazette des hôpitaux ;* et de plus on me reproche dans cet article d'avoir décrit le muguet comme une maladie excessivement grave, tandis qu'à l'hôpital Necker on sauve le plus grand nombre des malades. Mais que prouve cela? qu'à l'hôpital Necker on a suivi avec succès les conseils que j'ai donnés moi-même; car je n'ai pas dit que cette maladie était *nécessairement* grave, mais qu'elle était singulièrement aggravée par la mauvaise hygiène dans laquelle les enfants sont placés. L'auteur de l'article (car je ne crois pas devoir attribuer à M. Trousseau ces opinions jusqu'à ce qu'il se soit expliqué lui-même) a oublié que j'ai dit formellement ce qui suit : (page 455) « Deux faits principaux ressortent de ce qui vient d'être dit dans le paragraphe précédent, c'est que 1° les moyens les plus énergiques restent sans effet, lorsqu'on ne soustrait pas les enfants aux causes sous l'influence desquelles ils ont contracté leur maladie, et 2° que, dans le cas contraire, les moyens les plus simples ont été suivis de succès. » Si donc on a mis en usage les moyens que j'ai indiqués ou des moyens analogues, et si on a entouré les enfants des soins convenables, les succès obtenus à l'hôpital Necker, bien loin d'être une objection contre moi sont une confirmation de ce que j'ai avancé.

Céphalœmatome. Je ne parlerai, à propos de cette maladie, que des discussions qui se sont élevées sur ses causes. On sait que j'avais établi par l'observation que la cause évidente, dans l'immense majorité des cas, était la constriction exercée par le col sur la tête du fœtus au moment du passage. On a fait à cette manière de voir les objections suivantes : 1° on a eu la preuve de l'existence du céphalœmatome avant l'accouchement ; 2° c'est après les accouchements faciles qu'on a observé le plus grand nombre des cas : 3° on a constaté l'existence de la maladie chez des enfants venus par les pieds. Eh bien ! je dis que toutes ces objections, bien qu'elles expriment des faits non douteux et que j'ai signalés moi-même, n'altèrent en rien mes conclusions. Elles prouvent seulement que, dans quelques cas exceptionnels, une autre cause peut produire les mêmes effets ; mais les recherches faites sur le crâne, après la naissance, l'ecchymose ovalaire trouvée au-dessous du péricrâne et l'épanchement de sang qui peut

lui succéder ainsi que je l'ai montré à la société anatomique, sont toujours là pour démontrer que la cause que j'ai signalée est presque la seule.

Pouls des enfants. Dans ces derniers temps on a compris toute l'importance qu'il y avait à constater rigoureusement l'état du pouls chez les enfants. Dernièrement encore M. Trousseau (*Journ. des connaissances med. chirurg.* Juillet 1841) a donné le résultat de ses observations à ce sujet. J'avais déjà, après Billard, fait sur ce sujet quelques recherches aussi exactes qu'il m'avait été possible, et je ne m'étais pas trouvé parfaitement d'accord avec cet observateur. M. Trousseau, entrant dans la discussion, m'a accusé d'avoir été injuste envers Billard. « Il n'est pas légitime, dit-il, page 24, parce que les observations d'un auteur ne coïncident pas avec les autres, d'imputer à l'inattention ce qui peut être l'effet de circonstances tout-à-fait indépendantes du mérite et de l'attention de l'auteur. » M. Trousseau a oublié que ce n'est nullement l'inattention de Billard que j'ai accusée, mais bien sa manière de procéder dans l'exploration du pouls ; et lorsque j'ai cité le passage où cet auteur avoue qu'il a été obligé souvent de se servir du sthétocope ou de la main pour observer et compter les mouvements du cœur, je me suis cru et je me crois encore autorisé à dire que ce mode d'exploration, essentiellement défectueux, a dû influer sur les résultats de l'observation. Or, comme cette influence n'a pu agir qu'en élevant le pouls hors de toute limite, c'est à elle que j'ai dû attribuer les nombres 150 et 180 pulsations qu'il a trouvées chez quelques enfants. A cela M. Trousseau répond que le nombre des pulsations, chez des personnes en pleine santé, est bien au-dessous de celui qu'on observe ordinairement. Mais évidemment il s'agit alors d'exceptions très rares et qui ne peuvent pas entrer dans une bonne statistique, et si, chez un nombre limité de sujets, on en trouve une proportion considérable qui présente ces limites extrêmes, on ne doit pas hésiter à admettre l'existence d'une influence puissante, surtout lorsque les principales circonstances de l'observation viennent à l'appui de cette manière de voir. M. Trousseau a trouvé des nombres à peu près identiques à ceux qu'avait indiqués Billard ; dois-je pour cela abandonner l'opinion que

j'avais émise? non sans doute; car, bien que cet auteur ait pris de plus grandes précautions que Billard, il a néanmoins exploré le pouls chez des enfants qui devaient nécessairement être dans un certain état d'agitation, puisqu'il y en avait qui étaient éveillés, et que l'on ne peut être sûr de l'existence du calme à cet âge que pendant le sommeil. Or, il suffit de deux ou trois cas présentant des nombres extrêmes pour faire dévier la moyenne de quantités très considérables. Je crois donc que jusqu'à ce que des observations plus précises aient été faites, on doit regarder les nombres 150 et 180 pulsations chez les nouveau-nés comme dépassant les limites de l'état normal.

Je termine ici ces considérations dans un mémoire que je vais bientôt publier dans le *second volume de la Société médicale d'observation.* Je reviendrai sur cette dernière question, et j'exposerai dans les plus grands détails de nouvelles recherches sur le pouls des enfants dans lesquelles j'ai tenu compte d'un certain nombre de circonstances jusqu'ici négligées.

MALADIES DES ENFANTS.

THÉRAPEUTIQUE.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

§. I. — En thérapeutique, sans prêter l'oreille à tous les conseils systématiques et tendre la main à toutes les recettes plus ou moins empiriques, il convient cependant d'être moins exclusif, ou peut-être même moins difficile qu'en théorie. Le premier instinct médical, le premier besoin de la médecine a été, est encore de guérir, de chercher à guérir. Ces tentatives, l'empirisme en un mot a pris les devants, puis sont venues les explications; aussi ces dernières suivent-elles la pratique sans l'atteindre toujours. De fait, il n'y a pas à le dissimuler, l'on agit généralement mieux au lit des malades que l'on ne peut complètement l'exprimer, et si l'on rend satisfaisamment compte des indications tranchées, les nuances

ne sont le plus souvent que senties par le praticien, qui se dirige suivant cette impulsion, bien qu'il lui soit le plus ordinairement au moins fort difficile d'expliquer le pourquoi.... de là même ce tact, *ce quid divinum* attribué à l'homme habitué à soigner des malades, au médecin praticien.

De ce que certains faits, certaines conséquences échappent à nos moyens d'investigation, on ne peut d'ailleurs qu'en conclure que tout n'est pas clos et qu'il reste encore à édifier. Ce sont ces parties inachevées de l'édifice médical qui forment le courant de la besogne des hommes éclairés et l'arène de tous les novateurs et de tous les charlatans. L'amour du merveilleux et la puissance vitale, la force médicatrice de la nature, tels sont les motifs des succès plus ou moins passagers de tant de rêveries. Toutefois, certaines médications que nous appelons empiriques sont trouvées par d'autres très rationnelles; ces derniers ont seulement une manière différente de raisonner, et l'empirisme, chose si désespérante pour les esprits non dogmatiques, occupe cependant encore une large place dans la thérapeutique, à laquelle, ainsi qu'il l'a été exposé, la pathologie doit au moins autant qu'elle lui a donné : *naturam morborum ostendit curatio.*

En thérapeutique, disons-nous, il ne faut pas d'exclusion systématique : tout le monde répète avec Bichat que toute doctrine exclusive de solidisme, d'humorisme ou de vitalisme est un contre-sens pathologique. Il n'est, en effet, pas de doctrine qui n'ait fourni un contingent utile. Pourrait-on supposer que des chefs d'école, que des hommes plus ou moins célèbres, et à la plupart desquels on ne saurait refuser au moins quelque mérite, aient prodigué en vain les instants de leur vie à des études sérieuses et qu'ils se soient constamment noyés dans des absurdités, sans avoir au moins quelquefois rencontré la vérité? non certes! vitalistes, solidistes, partisans de l'humorisme, du dogmatisme ou de l'empirisme, tous ont apporté leur tribut, ont contribué au grand œuvre de l'édification médicale. Le dépouillement de toutes ces vérités pratiques n'est pas l'œuvre d'une seule intelligence, d'un éclectisme qui aurait à lui seul le monopole de discerner le vrai du faux, le bon du mauvais; mais il est le résultat lent du temps, de l'expérience, de l'exploration incessante des

doctrines et des faits. Certaines traditions se transmettent, se conservent ; certain nombre de données persistent laissent leurs traces dans tous les systèmes qui tous ont des analogies, des points de contact.

Beaucoup de principes théoriques et de préceptes thérapeutiques de la médecine hippocratique sont encore goûtés aujourd'hui : on peut en dire autant de celle de Galien fondée sur la fameuse maxime *contraria contrariis curantur*. Bien que les successeurs et adeptes de ce grand pathologiste aient poussé jusqu'à l'exagération les théories humorales, et jusqu'à l'abus la confection des électuaires et arcanes, la polypharmacie des galenistes a néanmoins légué plusieurs bonnes recettes. Les théories humorales ont compté encore parmi les noms justement célèbres de ses partisans ceux de Boerhaave, Bordeu, Stoll, Zimmerman, etc., dont les travaux n'ont pas été non plus stériles, ni en pathologie, ni en thérapeutique. Le chimisme lui-même, à la tête duquel se place Paracelse, a exercé une heureuse influence sur la médecine. En définitive toutes ces innovations ont laissé des traces qui ne se sont jamais effacées ; des classes entières de médicaments sont basées sur leurs propriétés d'impressionner l'organisme, de modifier la production et la sécrétion des fluides de l'économie.

Le solidisme que l'on voit poindre au *strictum et laxum* de Themison et Cœlus Aurélianus n'est pas resté davantage étranger aux progrès des sciences médicales ; il a maîtrisé l'humorisme et a été le point de départ de plusieurs doctrines d'une importance (au moins partielle) incontestable. Les travaux de Borelli, de Glisson, de Baglivi et d'Hoffman appartiennent au solidisme. Il a ouvert la voie aux iatro-mathématiciens ou aux mécaniciens.

Les différends entre les *vitalistes* et les *solidistes* résultent de quelques dissidences relatives à la dénomination et à l'unité plus ou moins absolue du principe vital ; et entre ceux-ci et les matérialistes de l'intimité plus ou moins grande entre la matière organisée et les propriétés vitales, intimité déniée par les uns et admise au contraire par les autres ; d'un côté toutes les facultés ne seraient considérées que comme l'expression fonctionnelle de l'organisme qui, d'autre part, ne

serait envisagé que comme les instruments à travers ou à l'aide desquels se manifesteraient ces facultés. Toutes ces controverses ne sembleraient, en définitive, avoir lieu que par suite du défaut de bien poser les termes et de s'entendre. Les matérialistes ne nient nullement en effet la cause première, ni l'âme, ni toute essence persévérant au-delà du terme de l'existence périssable de la matière qu'elle animait : sur quoi ils insistent, c'est sur l'union intime de l'*énormon* d'Hippocrate, soit de l'archée de Paracelse et de Vanhelmont, ou de l'âme de Stahl, du principe vital de Barthez et de l'école de Montpellier, ou des propriétés vitales des physiologistes modernes avec la matière organisée ; de telle sorte que ces dernières et celle-ci sembleraient être simultanément le mobile de l'action de l'une et de la manifestation des autres. Admettre la possibilité de cette sorte d'intimité entre la matière et le principe qui l'anime, c'est au contraire accorder, pour ainsi dire, une plus large prérogative à la Divinité, et sous ce rapport nul grief d'irréligion ne peut être imputé à la secte des *matérialistes.*

Le *strictum* et le *laxum* des *méthodistes* a été la source de précieuses indications. Cette théorie, encore reprise par Baglivi, n'est pas restée étrangère à la doctrine de Brown et à celle de l'École physiologique, pas plus qu'aux nouvelles idées de la médecine italienne sur l'action dynamique des agents thérapeutiques, les états sthéniques et asthéniques de l'économie, etc.

Le novateur écossais admettait une propriété de la part des tissus vivants d'être affectés par les puissances incitantes ou *stimulus*, l'*incitabilité,* et donnait le nom d'*incitation* au résultat de l'action de ces puissances. Si l'action du stimulus était modérée et en rapport parfait avec la somme d'incitabilité répandue dans l'économie, la santé était la suite de cet heureux accord ; mais, cet équilibre rompu, il y avait trouble, dérangement, maladie, et les affections résultantes étaient de deux classes par excès, ou par défaut d'incitation. Jusque-là rien que de rationnel ; mais les dernières conséquences de son système sont évidemment erronées, quand il prétend établir que, par suite du manque de l'action stimulante, il y a accumulation de l'incitabilité dans les organes, que par

l'effet contraire de la violence du stimulus il y a épuisement de l'*incitabilité*, et, en résumé, pareil résultat, faiblesse directe ou indirecte. Pour Broussais, à l'inverse de Brown, les affections asthéniques sont, comparativement à celles d'un caractère opposé, dans une proportion d'infériorité très grande. La stimulation en excès produit l'irritation. Rasori traite aussi de chimère la faiblesse indirecte de Brown, et regardait comme des hyposthénies la plupart des maladies que le médecin écossais signalait comme asthéniques. Rasori, ainsi que Broussais, en reconnaissant que la plupart des maladies étaient dues à un surcroît d'activité vitale, ont fait faire un grand pas à la pathologie : toutefois, l'impulsion donnée par Broussais a été bien plus grande. La doctrine physiologique enseigne que l'effet d'un modificateur ne se borne pas à la partie qui en a reçu l'impression directe; que l'irritation se propage dans le sens des liens sympathiques qui unissent les organes entre eux. Elle a particulièrement contribué à la localisation des maladies: elle rattache toujours les symptômes aux organes souffrants, ne reconnaît pas, ou que très peu, d'affections générales.

Il y a, sous ces rapports, scission complète entre cette doctrine et celles de Brown et de Rasori, où le corps n'est considéré que dans son ensemble. Rasori n'a donc, pour principale modification de brownisme, que reconnu la nature sthénique du plus grand nombre des maladies. Il a, toutefois, admis aussi un mode particulier d'action de la part de certains médicaments, et le rôle actif de cette propriété de quelques agents thérapeutiques, le *contro-stimulisme* différentie complètement la médecine italienne et la médecine physiologique.

Celle-ci oppose à l'excès d'excitation, à l'*irritation*, les moyens débilitants connus sous le nom d'antiphlogistiques; tandis que l'école de Rasori choisit, dans les mêmes circonstances, certaines substances administrées à certaines doses, et, de la sorte, aptes à exercer une action dépressive ou sédative sur la vitalité des organes.

La doctrine du contro-stimulisme a évidemment doté la science de quelques ressources nouvelles, en éclairant sur le mode particulier d'action de quelques médicaments prescrits d'une façon particulière; mais, quelquefois aussi, l'emploi in-

considéré de quelques agents pharmaceutiques, l'extension trop grande donnée à cette médication a-t-elle eu de fâcheux résultats; car plusieurs des prétendus contro-stimulants ne sont que des révulsifs puissants, des irritants réels....... et toute stimulation à contre-temps, inopportune, est aussi dangereuse, aussi homicide, que devait l'être parfois la méthode de Brown, quand il administrait presque exclusivement et toujours les toniques.

Les médications purgatives, toniques, débilitantes, spécifiques, etc., se retrouvent, sinon nominativement, du moins de fait, dans tous les traités de pathologie. Même dans la médecine physiologique, les purgatifs ne sont pas seulement considérés comme des stimulants des organes digestifs, comme des moyens aptes à produire une diversion vers la surface intestinale; mais il est positivement dit que les produits altérés des sécrétions, que les matières putrides accumulées dans les voix digestives, peuvent être résorbées et déterminer des phénomènes généraux d'infection. Dès lors et conséquemment, à cette proposition, qui rentre dans les théories humorales, l'indication est évidente, et consiste à évacuer, au moyen des purgatifs, ces fluides viciés. C'est d'après des idées analogues que, dans le traitement de la fièvre typhoïde, agissent à peu près de la même manière certain nombre de praticiens; seulement les uns emploient ces mêmes agents tout d'abord, et les autres, plus tard, suivent leur opinion diversement arrêtée au sujet de la *putridité* primitive ou consécutive.

D'autre part, Broussais ne nie pas non plus que les toniques ne puissent être fort utiles : ainsi que le font la plupart des médecins, il les prescrit quand il y a hyposthénie, quand la faiblesse est réelle; mais non suivant le mode abusif et vicieux de Brown.

En résumé donc, les diverses médications admises en thérapeutique sont, pour ainsi dire, les empreintes des divers systèmes qui ont existé en médecine, ou plutôt la réalisation de ce qui a été reconnu de pratiquement utile dans ces systèmes (1).

Le docteur A. Berton.

(1) Dans l'article qui suivra, nous parlerons des différentes médications, de l'opportunité plus ou moins grande de chacune d'elles dans la médecine des enfants.

REVUE RÉTROSPECTIVE.

La clinique des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Strasbourg, par le docteur V. Stœber, professeur agrégé à ladite Faculté, etc.

(*Suite.*)

Stomatite ulcéreuse.

Elle consiste dans l'ulcération de la face interne de la joue et du bord de la langue; ulcération profonde à bords inégaux, facilement saignants, et à fonds sale, gris-jaunâtre. Elle n'occupe qu'un côté de la bouche. Elle correspond à l'arcade dentaire, de manière que, la bouche étant fermée, les parties ulcérées touchent les dents. Celles-ci sont couvertes de tartre, quelquefois il en est qui sont cariées. Haleine fétide, ganglions lymphatiques du cou tuméfiés du côté malade.

C'est l'incrustation ou la carie des dents qui, selon l'auteur, est la cause probable de la stomatite ulcéreuse.

Sur cinq malades atteints de cette affection à la clinique, deux avaient une bonne constitution, trois étaient lymphatiques, dont un était d'ailleurs scrofuleux.

Chez les deux premiers malades qu'il traita pour cette affection, le professeur de la clinique des maladies des enfants employa d'abord l'eau antimiasmatique de Kœchlin (solution de cuivre ammoniacal) en gargarisme et à l'intérieur pendant un mois; en même temps on brossait de temps en temps les dents avec une brosse un peu forte. Aucun changement.

Chez l'un de ces malades, M. Stœber continua l'usage interne du médicament et substitua à son usage local une solution concentrée de nitrate d'argent, avec laquelle il touchait les ulcérations une ou deux fois par jour.

Après six semaines de ce traitement, aucun changement. On remplaça alors le traitement par l'acide hydrochlorique étendu (acide une partie, eau trente parties), appliqué sur les ulcérations deux ou trois fois par jour au moyen d'un pinceau de charpie. Deux jours après, amélioration notable; et, au bout de dix à quinze jours, les ulcérations avaient disparu.

Dans les trois derniers cas, M. Stœber a eu recours immédiatement à l'acide hydrochlorique; chez deux de ces malades, la cicatrisation ne se fit cependant que lorsqu'on eut fait arracher les dents cariées dont les pointes acérées irritaient continuellement les parties ulcérées. Peut-être cet acide agit-il autant en enlevant le tartre qui couvre les dents que par son action immédiate sur les ulcères eux-mêmes.

Laryngite aiguë.

Chez un garçon de dix ans, qui était dans la salle pour un lupus à la joue, il se développa une laryngite aiguë, intéressante à cause de l'analogie qu'elle présentait avec le croup.

Le 16 novembre, mal de gorge, amygdales légèrement tuméfiées, mais peu rouges ; toux sèche avec enrouement, coryza, larmoiement et injection de la conjonctive gauche ; ni céphalalgie, ni fièvre. Dans la soirée, aphonie. Le lendemain, l'aphonie persiste, douleur au larynx et difficulté d'avaler, pas d'exsudation couenneuse sur les amygdales ; respiration très gênée, toux portant le caractère croupal très prononcé, inspiration fortement sibilante ; fièvre. (Six sangsues aux côtés du larynx.) Un vomitif provoqua quelques vomissements glaireux, sans fausses membranes.

Le 18, difficulté de respirer presque dissipée, fièvre nulle ; voix enrouée et toux rauque pendant quelques jours après.

Les symptômes étaient les mêmes que ceux du croup, mais la marche fut différente : une inflammation se développe dans l'arrière bouche, elle s'étend au larynx et produit les symptômes du croup par suite de la tuméfaction de la muqueuse laryngienne. Si des fausses membranes avaient dû se former dans le larynx, elles se seraient d'abord manifestées, dit l'auteur, sur les amygdales et le pharynx, qui étaient primitivement enflammés, comme cela a eu lieu dans quelques épidémies de croup décrites par M. Bretonneau et d'autres auteurs. Dans les cas sporadiques de croup qu'on observe à Strasbourg, la maladie se déclare d'ordinaire subitement et sans être précédée ni accompagnée d'angine couenneuse.

Le traitement employé a été le même que celui du croup. Les symptômes franchement inflammatoires ont fait commencer par une application de sangsues. Le vomitif a été administré par M. Stœber, parce que l'expérience lui a prouvé que, au début de toute angine, c'est le meilleur remède pour hâter la résolution de l'inflammation ou même pour la juguler.

Dans le croup, le vomitif est le remède principal et essentiel; les évacuations sanguines, les mercuriaux sont des moyens secondaires. Mais, ajoute l'auteur, ce n'est pas seulement à la fin de la maladie et dans le but d'expulser les fausses membranes qu'il faut faire vomir ; il faut chercher à empêcher la formation de ces fausses membranes en jugulant l'inflammation par l'usage énergique des vomitifs dès le début de l'affection. M. Stœber se sert toujours de sulfate du cuivre, qui, à la dose de dix centigrammes, n'a jamais manqué de produire des vomissements. Après avoir fait vomir, il continue à faire prendre d'heure en heure un centigrame du même médicament, pendant vingt-quatre à trente-six heures. Si, dans cet inter-

valle, la respiration s'embarrasse, si la toux prend un caractère plus grave, si la voix s'éteint, nouvelle dose vomitive. Chez les enfants pléthoriques et chez ceux qui, après le vomissement, conservent de la douleur au larynx, applications de sangsues, frictions mercurielles, calomel. Ces cas sont exceptionnels.

L'auteur fait observer que ce traitement lui a réussi dans des cas très graves.

Pneumonie.

La pneumonie chez les enfants est bien plus fréquemment secondaire et compliquée que simple et primitive. Sur vingt-quatre malades observés à la *Clinique*, la pneumonie a été primitive six fois seulement. Elle s'est rencontrée dans tous les autres cas avec le carreau, l'hydropisie aiguë suite de scarlatine, la rougeole, la scarlatine, un abcès parotidien suite de scarlatine, l'hydropisie aiguë avec albuminurie, les syphilides, l'hypertrophie du cœur, les tubercules pulmonaires, la diarrhée chronique, l'hydrocéphale.

On a prétendu que la pneumonie est le plus souvent lobulaire chez les enfants. L'auteur croit qu'on a exagéré la fréquence de cette variété. Sur dix-sept autopsies de pneumoniques, il n'a trouvé qu'une fois la pneumonie lobulaire et disséminée ; dans tous les autres cas, elle était lobaire.

Ce qui distingue surtout la pneumonie des enfants, sous le rapport anatomique, c'est la rareté de l'hépatisation comparée à la *carnification*.

Il n'est pas toujours facile de reconnaître une pneumonie chez l'enfant. Deux symptômes importants manquent dans la pneumonie du premier âge : la douleur que les petits malades ne peuvent indiquer, et l'expectoration qui n'existe pas. Toux quelquefois peu intense, mais la respiration et la circulation sont toujours accélérées; chaleur augmentée. L'auscultation fait rarement entendre le râle crépitant; ce râle n'a été perçu que chez un des enfants observés à la *Clinique*. Plus souvent on entend un râle muqueux fin ou sous-crépitant. Ce bruit n'existe pas long-temps. Dans la majeure partie des cas, on n'entend que la bronchophonie et la respiration bronchique.

Ou bien la pneumonie passe très rapidement au second degré; ou bien, ce qui est plus probable, elle reste souvent latente et méconnue pendant l'existence du premier degré.

La percussion manque rarement d'indiquer le siége de la pneumonie. A l'état lobulaire ou central, elle pourrait échapper à ce mode d'exploration. La sonorité plus grande de la poitrine chez l'enfant fait que, dans certains cas de pneumonie, la matité est moins forte chez des sujets de cet âge

qu'elle ne le serait chez un adulte (1); mais, en comparant le son fourni par les deux côtés du thorax et en faisant attention à la sensation éprouvée par le doigt qui percute, on parvient à reconnaître l'imperméabilité du poumon.

Les enfans paraissent d'autant plus disposés à l'inflammation pulmonaire qu'ils sont plus jeunes.

Comme les recherches statistiques les plus récentes l'ont constaté, cette maladie s'observe le plus souvent pendant les quatre premiers mois de l'année. Les vingt-quatre cas observés à la *Clinique* se sont partagés par moitié entre les quatre premiers mois et les huit derniers.

La pneumonie est une maladie bien plus grave durant la première enfance qu'après l'âge de sept ans. Des faits qu'il a observés, le professeur croit pouvoir conclure que la pneumonie est presque constamment mortelle, lorsqu'elle survient pendant l'existence d'une maladie chronique qui a débilité la constitution d'un enfant.

Traitement. — Les évacuations sanguines, si souvent dangereuses chez les pneumoniques avancés en âge et avantageusement remplacées chez eux par le tartre stibié, ont toujours paru à M. Stœber très utiles dans la pneumonie non compliquée. Il a fait pratiquer des saignées générales à des enfants de cinq à six ans; il leur attribue des effets plus favorables qu'aux saignées locales. Celles-ci ont trouvé leur place, dit-il, à la suite des évacuations sanguines générales, ou chez les enfants en très bas âge.

Quant au tartre stibié et à l'oxyde blanc d'antimoine, c'est au premier qu'il donne la préférence. Il a enlevé rapidement une pneumonie qui avait résisté aux saignées et à l'oxyde blanc d'antimoine. Les ulcérations de la bouche et du pharynx, que développe le contact prolongé de la liqueur émétisée avec la muqueuse, peuvent augmenter la fièvre chez les enfants par la douleur qu'elles occasionnent; pour les prévenir, il faut faire prendre, après chaque cuillerée de la potion émétisée, un gobelet de tisane ou une cuillerée de la solution de gomme. Le tartre stibié serait moins souvent nécessaire chez les enfants que chez les adultes. La pneumonie des enfants cède facilement aux saignées.

Les exanthèmes (scarlatine, rougeole) n'ont jamais empêché, à la clinique de Strasbourg, de traiter la pneumonie intercurrente par les saignées et le tartre stibié. Cette médication n'a pas provoqué la disparition subite ou la métastase de l'affection cutanée. (*La suite prochainement.*) Dr Vanier.

---

(1) J'ai dit moi-même, dans l'*examen des enfants à la mamelle*, que la sonorité de la poitrine est plus grande chez les enfants. J'ai entendu M. Trousseau professer l'opinion contraire. (*Note du Rédacteur en chef.*)

TABLE

DES

MATIÈRES CONTENUES DANS LE 1er VOLUME

DE

LA CLINIQUE DES HOPITAUX DES ENFANTS.

A

B

C

L

M

N

O

P

Paris. — Imprimerie de Paul Dupont et comp., rue de Grenelle-St-Honoré, 55.